

UNICEUB

Centro Universitário de Brasília

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Cintia Oliveira Cremasco**

**UMA ANÁLISE DA DEPRESSÃO PELA PERSPECTIVA DA TEORIA DA  
SUBJETIVIDADE: para além da patologização.**

**BRASÍLIA**

**2016**

**Cintia Oliveira Cremasco**

**UMA ANÁLISE DA DEPRESSÃO PELA PERSPECTIVA DA TEORIA DA  
SUBJETIVIDADE: para além da patologização.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao UniCeub -  
Centro de Ensino Unificado de Brasília como exigência para  
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Doutor Fernando Luís González Rey

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Valéria D. Mori

**BRASÍLIA**

**2016**

**Cintia Oliveira Cremasco**

**UMA ANÁLISE DA DEPRESSÃO PELA PERSPECTIVA DA TEORIA DA  
SUBJETIVIDADE: para além da patologização.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
UniCeub - Centro de Ensino Unificado de Brasília  
como exigência para obtenção do título de Mestre em  
Psicologia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Valéria D. Mori (presidente)  
Faculdade de Psicologia – Uniceub

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luciana Campolina (membro interno)  
Faculdade de Psicologia – Uniceub

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cristina Massot Madeira Coelho (membro externo)  
Faculdade de Educação – UnB

*“Conhece-te a ti mesmo,  
torna-te consciente de tua  
ignorância e será sábio.”*

*“Só sei que quanto mais sei,  
mais percebo que nada sei”*

***Sócrates***

## ***RESUMO***

Esta dissertação aborda a depressão como um processo de natureza complexa e subjetiva, sem causa linear biológica ou ambiental. Faz uma reflexão sobre o transtorno depressivo para que seja possível entender sua produção individual, social e histórica, reconhecimento da depressão enquanto configuração subjetiva e como objeto de análise complexo. Não há pretensão de se fechar o assunto sobre a depressão dos participantes, mas sim abrir o pensar sobre o processo e as configurações subjetivas dessas pessoas e como isso pode nos dar mostras do funcionamento em que elas se encontram. Aborda-se saúde e doença como uma experiência pública e privada, em que a saúde passa a ser um indicador do funcionamento social. Optou-se por usar uma proposta qualitativa de investigação, compreendendo-se em sua base de três pressupostos: o caráter construtivo-interpretativo, a legitimação pelo singular e o diálogo. Os instrumentos utilizados foram: dinâmica conversacional, completamento de frases e histórias. As participantes são mulheres, mães de filhos com câncer, casadas e com dificuldades financeiras. Elaborou-se a construção de um modelo teórico sobre os processos depressivos, com o foco na pessoa, que vão se estruturando por meio das hipóteses e nos permitem refletir sobre a configuração subjetiva da depressão. As hipóteses foram elaboradas de acordo com os indicadores construídos. Analisou-se o dia a dia das participantes, maternidade e cuidado com os filhos, matrimônio e sexualidade. Conclui-se que as participantes estão presas à configuração depressiva por não serem capazes de gerar novos sentidos subjetivos em relação às situações que surgem. Por isso, a emergência do sujeito é essencial, para que possam se posicionar e avançar em suas vidas.

Palavras-chave: subjetividade, depressão, configuração subjetiva, psicoterapia.

## ***ABSTRACT***

This dissertation addresses about depression as a process of complex and subjective nature, without biological or environmental cause. Reflects on the depressive disorder to be able to understand its individual, social and historical production, recognition of depression as subjective configuration as the object of complex analysis. There is no intention to close the book on the depression of the participants, but rather open the thinking about the process and subjective settings of these people and how it can show us in which function they find themselves. It deals with health and illness as a public and private experience, and in that, health becomes an indicator of social functioning. We chose to use a qualitative research proposal, including in its base of three assumptions: the constructive-interpretive character, legitimating by singular and dialogue. The instruments used were: conversational dynamics, completing sentences and stories. The participants are women, mothers of children with cancer, married and with financial difficulties. It draws up the construction of a theoretical model on the depressive processes, with the focus on the person; that are going to structuring by means of hypotheses and allows us to reflect on the subjective depression setting. The hypotheses were prepared in accordance with the indicators built. We analyzed the daily life of the participants, maternity and care of children, marriage and sexuality. It is concluded that the participants are prey to depression because they are not able to generate new subjective senses in relation to situations that arise. So the emergency of the person is essential, so they can position themselves and move forward in their lives.

Keywords: Subjectivity, depression, subjective configuration, psychotherapy.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 CAPÍTULO TEÓRICO.....	14
1.1 Saúde e Doença.....	14
1.2 Configuração subjetiva dos processos de saúde e doença.....	24
1.3 Desenvolvimento humano e mudanças.....	27
1.4 Subjetividade social.....	30
1.5 Considerações iniciais.....	33
1.6 Psicoterapia.....	34
2 OBJETIVOS.....	37
2.1 Geral.....	37
2.2. Específicos.....	37
3 CAPÍTULO METODOLÓGICO.....	38
3.1 Epistemologia Qualitativa.....	38
3.2 Instrumentos.....	41
3.2.1 Dinâmica conversacional.....	42
3.2.2 Completamento de Frases e Histórias.....	43
3.3 Participantes.....	44
3.3.1 Participante Aline.....	44
3.3.2 Participante Beatriz.....	45
3.4 Análise e construção da informação.....	46
4 ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO.....	48
4.1 Breves considerações.....	48
4.2 Eixo temático 1 – Participante Aline.....	51
4.3 Eixo temático 2 - Participante Beatriz.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	91

## Introdução

Essa dissertação tem como objetivo propor uma visão crítica e complexa sobre a depressão. A ideia surge com o propósito de questionar a visão biomédica, determinista, que coloca o indivíduo como inválido e inerte, e propor um modelo teórico, com o foco no sujeito e não na doença. Depressão como um processo de natureza complexa e subjetiva, sem causa linear biológica ou ambiental.

É preciso realizar uma reflexão sobre o transtorno depressivo para que seja possível entender sua produção individual, social e histórica, visando a construção de um outro olhar e delineando os limites e dificuldades inerentes a esse objetivo. Para tanto, o ponto de partida é o reconhecimento da depressão enquanto configuração subjetiva e como objeto de análise complexo. Também busca reconhecer a presença de um conjunto de teorias fortemente estabelecidas, que consideram esses transtornos como uma questão exclusivamente biológica ou ambiental.

A depressão pode ser considerada uma categoria analítica importante para a compreensão da subjetivação e das manifestações oriundas de um cotidiano complexo, que atua no indivíduo e exige que se levem em conta todos os aspectos que essa afirmativa pode conter: questões econômicas globais, mudanças na relação com a natureza, violência urbana, condições de empregabilidade, condições de moradia, relações pessoais e um crescente sentimento de impotência frente à realidade social (Barbosa, 2006, p.318)

Não há como dissociar o conhecimento aqui produzido da minha caminhada profissional e acadêmica, portanto, iniciarei com reflexões sobre esse percurso. Durante a graduação cursei disciplinas em que foram apresentadas a visão engessada e fragmentada de ciência como uma verdade universal e imutável, fator que muito me incomodava. Mas também passei por disciplinas e professores que abriram minha visão sobre como o conhecimento científico foi se modificando e o quanto esse fator era enriquecedor. Todas as visões me trouxeram indagações, algumas inquietantes e outras que traziam conforto, mas todas me fizeram aprofundar mais e refletir sobre o que é a ciência e o conhecimento. Após um estudo mais completo, percebi que algumas dessas visões estavam desfalcadas, sem embasamento teórico e científico, sendo mesmo assim amplamente divulgadas.



A fragmentação do conhecimento também está arraigada na formação acadêmica da Psicologia, conversando pouco com outras áreas, como Sociologia, Antropologia, Fisiologia, Farmacologia, Filosofia, entre outras; há uma "defesa de território" que empobrece e fragmenta o conhecimento psicológico e gera uma grande problemática na formação dos psicólogos.

A busca de leis gerais para explicações, em nome da objetividade dos procedimentos, excluiu as interações que os processos desenvolvem com os sistemas subjetivos, que são irregulares e contraditórios. Desta forma, o procedimento científico padrão, por exemplo, não considerava a emoção como um processo que não se esgota em outros processos, mas como um processo da consciência a ser reduzido a unidades básicas isoladas entre si ou às suas bases fisiológicas (Neubern, 2000).

Ou seja, as explicações foram reduzidas a simples causalidades lineares, em geral podendo ser exclusivamente ambientais ou fisiológicas, fator que gerou um engessamento do pensar. Não se procura conhecer mais sobre outros assuntos que fujam à redoma de especificidade estudada pela pessoa.

As especialidades focadas em conhecimentos muito específicos refletem essa realidade, por exemplo em situações como a de um docente que não consegue discutir sobre algo que fuja da redoma de sua especialidade. Uma acomodação gera a estagnação da pessoa, sendo preciso pensar mais, estudar mais. Como afirma Moreira (2014), uma questão é se especializar no conhecimento específico (a doença) e a outra é perder a noção do todo, perdendo-se a pessoa.

Fatores como esses me motivaram a fazer diferente e ampliar a minha visão sobre os assuntos que estudava, em situações que apareciam na minha vida profissional e pessoal. Durante meus estágios em psicologia clínica também me deparei com essas situações e aprendi muito com as diversas teorias ali apresentadas, mas percebi que muitas vezes o foco estava em aplicar protocolos e técnicas, fugindo do essencial, o sujeito.

Outro fator que me marcou dentro da graduação foram as oportunidades de pesquisa, que devem gerar conhecimento e não somente replicar. Na realização de uma pesquisa, nos deparamos com situações inusitadas e que muitas vezes saem do "script" esperado ou da hipótese inicialmente formada, fator que faz o pesquisador pensar e rever suas ideias iniciais. Mas como produzir conhecimento se muitas vezes, de acordo com alguns docentes, não se pode posicionar criticamente perante o assunto? Sendo o exigido somente a replicação e compilação de outros autores? Tal problemática me fez procurar outros orientadores de

pesquisa, que me permitissem produzir conhecimento e que mesmo questionando a visão vigente, me permitissem exprimir o pensar.

Dentro dessa busca, encontrei, por meio de uma professora, uma visão diferente que posteriormente foi a que mais me cativou – a teoria da subjetividade de González Rey. Isso se deu por ser uma teoria complexa, que traz o foco para o sujeito e provoca uma visão crítica e produtiva sobre todo e qualquer tipo de conhecimento. Iniciei o estudo dessa teoria e fui percebendo a quantidade de alternativas teóricas e epistemológicas que surgiam, com propostas para uma formação mais completa e ferramentas para um percurso científico diferente e complexo. Uma esperança surgiu para que se pudesse discutir cientificamente o sujeito e a saúde com toda sua complexidade, retomando as rédeas dos caminhos da vida para o sujeito. Subjetividade aqui considerada como um conjunto complexo de sistemas, organizados de forma configuracional, embasados por processualidade emocional e geração de sentidos incessante. A subjetividade não é uma internalização e sim uma produção humana.

Para que se possa ter uma nova perspectiva é preciso partir do ponto de que é possível produzir esse tipo de conhecimento, um conhecimento que seja científico.

A ciência não é só racionalidade, é subjetividade em tudo o que o termo implica, é emoção, individualização, contradição, enfim, é expressão integral do fluxo da vida humana que se realiza através de sujeitos individuais, nos quais sua experiência se concretiza na forma individualizada de sua produção. (González Rey, 2002, p.28)

O conhecimento é um percurso que nunca cessa e sempre gera mais perguntas do que respostas. Essa é uma das intenções dessa dissertação, não somente discorrer sobre o tema, mas também fazer indagações. As perguntas são o que nos movem a procurar respostas e a tentar achar soluções para as situações.

Durante a minha pesquisa bibliográfica, percebi que a partir de algumas perguntas tive que desconstruir várias ideias e construir novos sentidos subjetivos para poder avançar na pesquisa e no meu trabalho como psicóloga. "Compreender a ciência como produção diferenciada de indivíduos com trajetórias individuais únicas pressupõe recuperar o lugar central do cientista como sujeito do pensamento e, com isso, o lugar central do teórico na produção científica" (González Rey, 2002, p.28). Ou seja, "o conhecimento científico

organiza-se de tal forma que permite e reconhece um caráter autobiográfico” (Neubern, 2000, p.162).

A própria linguagem científica é “impessoal, emitida em terceira pessoa; o mundo interno do pesquisador é desprezado em sua qualidade subjetiva, pouco importando suas opiniões informais, seus desejos e aspirações, mesmo que tais dimensões atuem decisivamente em sua produção” (Neubern, 2000, p.156). Esse é um modo que deve ser questionado e revisto. Aqui considero a ciência como um conhecimento que deve ser fluido e mutável.

A ciência é vista como produção ativa, pois não existe explicação pura e objetiva. A **ilusão** da ciência positivista de saber o objetivo é considerada relevante neste trabalho, pois não há como controlar e prever os processos naturais e humanos em busca de "legitimar sistemas e práticas humanas como científicas no intuito de transformá-las em supostas verdades" (González Rey, 2015, p.10).

Nessa tentativa de objetividade, é considerada como inexistentes as diferenças sociais, culturais, históricas, e principalmente a subjetividade. Neubern (2000) complementa a visão de que “a ciência não consiste em um retrato fiel da realidade. Ela remonta muito mais à uma construção, ao mesmo tempo individual e coletiva, que gera realidades na forma de conceitos, cosmovisões e pressupostos” (p.155).

A **mudança** não é um caminho fácil, pois estamos habituados a nos agarrar a certos pressupostos e nos apoiar neles. Mas para que se avance, são necessários a reflexão e o reposicionamento sobre as ideias já tomadas como verdades absolutas. Principalmente dentro dessa grande área a que chamamos de Psicologia, uma ciência tão nova, deve-se considerar que ainda não há o que chamamos de uma verdade universal ou imutável.

O conhecimento vai se modificando de acordo com a sociedade em que está inserido e com o tempo. Não há como diferenciar o conhecimento produzido da cultura, sociedade e história de onde foi produzido, está tudo conectado de todos os lados, a cultura, o social, a história, não só é condicionado como também é condicionante, determinante e produtor (Morin, 1998).

As teorias científicas são mortais, e são mortais por serem científicas. (...) a evolução da ciência vem a ser de uma seleção natural em que as teorias resistem durante algum tempo não por serem verdadeiras, mas por serem as mais bem adaptadas ao estado contemporâneo do conhecimento (Morin, 2005, p.22)

Nessa linha de pensamento, a ciência é vista como processo em construção. Como algo que pode ser construído e reconstruído. Para que sejam produzidos a reflexão, o novo e o diferente, tem que haver a autorreflexão do pesquisador. Foi a autorreflexão que me fez pensar em modos diferentes de dar sentido ao transtorno depressivo, um modo diferente da lógica patologizante que está tão forte e presente nas subjetividades sociais do Ocidente.

A necessidade para a ciência de se auto-estudar supõe que os cientistas queiram auto-interrogar-se, o que supõe que eles se ponham em crise, ou seja, que descubram contradições fundamentais em que desembocam em atividades científicas modernas, e nomeadamente, as injunções contraditórias a que está submetido todo cientista que confronte sua ética do conhecimento com sua ética cívica e humana (Morin, 2005, p.35)

Um olhar distinto sobre a depressão também me influenciou na escolha do tema. A ideia surgiu da necessidade de se estudar mais sobre esse transtorno tendo em vista a demanda do consultório, com os atendimentos em psicologia clínica. Muitas pessoas chegavam ao consultório com diagnósticos de depressão, síndrome do pânico, transtorno de ansiedade, entre outros.

Um dos fatores que me chamou muita atenção foi a quantidade de pessoas com depressão, que não conseguem manter uma vida "normal", como trabalhar, praticar exercícios, se alimentar bem e ter momentos de lazer. A principal demanda dessas pessoas em tratamento psicoterápico é o autocontrole. Estão em sofrimento e reclamam que não sabem o que fazer. Muitas ficam perdidas sem saber como mudar, como melhorar, e não conseguem ter ideias sobre como agir nas horas de crise. Sentem-se vítimas, sentem que ninguém os ajuda e que estão sozinhos, além de terem muita culpa e, principalmente, raiva. Em consequência desses fatores algumas deixam de trabalhar, param de ter momentos de lazer, geralmente não praticam exercícios e desenvolvem um modo de vida que não permite que sejam saudáveis.

# 1 Capítulo Teórico

## 1.1 Saúde e doença

O que define a doença ou a saúde? O que faz com que uma pessoa seja considerada depressiva? Atualmente, temos algumas perspectivas sobre esse assunto. Há quem defenda que não deve haver uma nomeação ou classificação em relação ao que é considerado saudável ou não e também quem defenda a necessidade das listas de classificações e nomenclaturas.

A principal defesa para a não classificação em listas se apoia nos prejuízos que a nomeação produz, como rotulação, protocolação de tratamentos, estigmas, entre outros. Mesmo que sejam motivos plausíveis, essa perspectiva não propõe nenhuma solução que seja viável de forma prática e se limita à crítica do modelo vigente.

Em defesa do sistema de classificação, os argumentos são para que haja uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde e uma maior uniformização em relação aos tratamentos e pesquisas. Muitas pesquisas são realizadas com seu embasamento nas listas de **classificações**, mas devemos entender melhor como funcionam, estudando suas características e considerando seus benefícios e prejuízos.

Nesta dissertação, mantenho a nomenclatura classificatória “transtorno depressivo” (segundo DSM IV) por alguns fatores que me permitem utilizar o termo sem que seja remetido automaticamente a uma visão patologizante. Não posso me remeter ao transtorno depressivo como um processo depressivo, pois no transtorno depressivo são muitos os processos que ocorrem simultaneamente. O termo transtorno tem suas problemáticas, mas atualmente não há nenhum outro termo que seja melhor posicionado em relação ao tema. Com o uso do termo transtorno depressivo, também fica facilitada a comunicação entre as pessoas leigas e os profissionais da saúde.

Não necessariamente o termo remete automaticamente a uma conduta de protocolos de tratamentos, sejam medicamentosos ou não; existem muitos tratamentos que fogem dessa gama de protocolos estabelecidos e mais aceitos pela comunidade científica e que são muito benéficos à pessoa.

Mas isso não significa que nessa dissertação se defenda a utilização das listas de modo indiscriminado. Sabe-se que há as problemáticas das listas de classificação e essas estão sendo consideradas. Percebe-se problemáticas em relação às duas visões, tanto na não classificação, quando nas listas. É necessário ponderar uma terceira opção, que possa abranger as melhores propostas de ambos para o benefício do paciente e auxílio aos profissionais. Um caminho do meio tem que ser considerado, em que se aproveite fatores benéficos de ambas visões. Desse modo, serão consideradas algumas pesquisas importantes em relação ao tema da depressão.

Muito tem sido estudado em relação aos prejuízos que a depressão pode causar nas pessoas. Sherryl & Goodman (2002), em seus estudos, indicam que pessoas depressivas têm uma perda significativa na eficácia da sua imunidade e Clay (2014) complementa que outros fatores biológicos, como doenças cardíacas, também têm relação com a depressão. Estudos em diferentes países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno frequente, sendo que a prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11% (Regier, Narrow, Rae, Manderscheid, Locke, Goodwin, 1993). A World Psychiatric Association - WPA (1997) demonstra que em pacientes internados por qualquer doença física a prevalência de depressão varia entre 22% e 33%, índice muito mais alto do que a média total da população em geral. Também em populações específicas, como a de pacientes com infarto recente, o índice é de 33% (Schleifer, Macari-Hinson, Coyle, Slater, Kahn, Gorlin, 1989), chegando a 47% nos pacientes com câncer (Bukberg, Penman, Holland, 1985).

A depressão é considerada transtorno do humor pela APA (American Psychology Association), podendo ser classificada em primária ou secundária. A depressão primária caracteriza-se pela alteração essencial do humor, que pode ser deprimido ou irritável, ou pela perda de prazer pelas atividades em geral, além de outras alterações no sono, no apetite e na psicomotricidade. Já a depressão secundária ocorre, geralmente, após outras doenças.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, em sua quarta edição (DSM-IV), a depressão pode ser classificada em “transtorno depressivo maior”, sendo o tipo de depressão mais grave e que apresenta o maior risco para o suicídio (Carvalho, 1995).

Há classificações em um sistema de diagnóstico de uma concepção de saúde mental em que a base de criação é totalmente empírica, com pretensão de cientificismo. É um modelo empirista que classifica as patologias de modo descritivo, centrado nos sintomas,

orientando a objetivar o processo de diagnóstico. A falta de um modelo teórico que embasasse este manual (falta justificada pelos autores para que haja uma comunicação entre os profissionais) faz com que o manual fique preso somente ao descritivo e perca a compreensão do sujeito em sua totalidade (González Rey, 2004).

Apesar da nova edição (DSM-V), não utilizarei nenhuma definição desse manual devido às polêmicas em torno do mesmo. A nova edição do DSM ampliou a quantidade de transtornos e fez com que problemas cotidianos se transformassem em transtornos mentais. Essa classificação tingiu um nível tão absurdo que qualquer pessoa pode ser encaixada em algum transtorno mental.

Também muito utilizada no Brasil está a lista Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que também padroniza a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID-10 fornece códigos relativos à classificação de doenças, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas. A cada estado, atribui-se uma categoria à qual corresponde um código CID-10. A classificação da depressão é diferente do DSM, podendo ser F32, episódios depressivos, ou F33, transtorno depressivo recorrente. Dentro do F32 e do F33 há outras divisões, como: leve (.0), moderado (.1), grave sem sintomas psicóticos (.2), grave com sintomas psicóticos (.3), atualmente em remissão (.4), outros (.8), não especificado (.9).

Essas definições estão sempre na procura de padrões que se repetem para serem encaixados em algum conceito único. Isso leva a saúde mental a ser associada a uma patologia estritamente descritiva e a ser incluída em um conjunto de entidades definidas pela presença de sintomas (González Rey, 2004).

Desta forma é necessário o diagnóstico para que se possa realizar alguma forma de tratamento. Nesse modelo de funcionamento, os procedimentos ficam dependentes, portanto, do diagnóstico, que após ser realizado, conta com um protocolo pré-estabelecido seguido pelos profissionais que orientam suas práticas. Em que todas as decisões tomadas sobre o tratamento são guiadas pelo protocolo, não há diálogo com o indivíduo. O diagnóstico e protocolos generalizam e padronizam, excluem a singularidade. As decisões tomadas a partir de normas e protocolos genéricos são "incapazes de dar conta da variedade inata do processo saúde/doença" (Campos & Amaral, 2007, p.851). O que leva a práticas focadas nas técnicas, marcadas pelo mecanicismo, que geram uma falsa segurança para o profissional da saúde.

Esse sistema de funcionamento, de acordo com Campos e Amaral (2007), produz importante grau de desresponsabilização dos profissionais de saúde, funcionamento que é similar ao funcionamento da linha de produção industrial. Nesta lógica da linha de produção, considera-se o indivíduo como objeto, ele se torna o diagnóstico e deve "acatar de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares" (Campos & Amaral, 2007, p.852) feitas a ele durante o tratamento. Afinal de contas, sendo o indivíduo considerado um objeto, ele não tem direitos e não age, não é sujeito; a doença cobriria o indivíduo por completo, tornando-se sua identidade. Claro que esse modelo é uma tentativa de lucrar, inserido em uma lógica mercadológica e industrial, reconhecendo a existência de organizações cujo interesse pelo poder econômico é o mais importante. A doença como um objeto científico e mercadológico é manipulada pela tendência medicalizante e intervencionista.

Estamos inseridos em sociedades onde está muito presente a não responsabilização, tanto do profissional de saúde quanto do indivíduo que utiliza o serviço. O paternalismo e a tutela estão enraizados, sendo que o profissional se apoia nos protocolos e o indivíduo tem uma postura de assujeitamento, em que alguém tem que fazer tudo por ele. É o famoso discurso do “coitadinho que não tem condições de agir”.

Em um modelo reducionista se trata o transtorno mental, considerando o tratamento como método de eliminar os sintomas. Em um modelo mais completo, se trabalha com o indivíduo e como ele gera recursos para lidar com as situações que se apresentam a ele. Campos (1997), em relação a isso, afirma que sai o objeto ontologizado doença e entra o indivíduo, mas não alguém inerte e enfermo, e sim um indivíduo social e subjetivamente constituído. Precisa ser superada a fragmentação entre biologia, subjetividade e sociedade, já que está tudo interconectado.

De acordo com Campos (1997), toda padronização, programação e planejamento, assim como os diagnósticos e protocolos, supõem haver regularidades. Uma utopia em que as doenças são iguais em seus modos de manifestações é tomada como verdade nesses manuais, diagnósticos e protocolos. Em nome dessa abstração de normalidade, muito se perde.

Percebe-se que o foco das definições apresentadas desses manuais e listas sobre o conceito de depressão está sempre na doença ou no transtorno; é um **checklist** de sintomas, em que o indivíduo desaparece no contexto se tornando o próprio diagnóstico. Os transtornos são vistos como entidades totalmente dissociadas do indivíduo, sendo assim, podem ser



"retirados" por intervenções externas sem a intervenção do mesmo - visão que reflete o quanto o modelo biomédico está arraigado. Em contrapartida a essa visão, Canguilhem (2002) afirma:

Neste caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões e não causas (...) A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio (p.20-21)

A doença seria vista como uma reestruturação da totalidade orgânica e psíquica e, portanto, não é ausência de saúde, nem vice-versa. A depressão, nessa perspectiva, é a paralisação do indivíduo diante do sofrimento, o que impossibilita a produção de novos sentidos subjetivos em relação à sua experiência (González Rey, 2007). O adoecimento é visto como uma reorganização de algo não somente fisiológico, que possa ser "consertado" com alguma medicação ou intervenção vinda de fora do indivíduo, mas como algo que seja uma reconfiguração de vários fatores do sujeito, um processo complexo. Quanto a isso, González Rey (2004) afirma que "a doença não é sintoma, senão a alteração sistêmica do organismo que se expressa no sintoma" (p.12).

Canguilhem (2002) defende que os processos de saúde e doença são análogos, polos de fenômenos semelhantes. O autor se refere a esses processos como sendo baseados pela mesma dinâmica, o diferencial é a atuação do indivíduo, seja ela ativa e saudável ou passiva e doentia. Mas não há somente polaridade onde ou se está totalmente doente ou totalmente saudável, é preciso considerar o processo em questão, já que há pontos intermediários entre os polos. "A saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal" (Canguilhem, 2002, p.54). A partir desse raciocínio pode-se concluir que em um organismo saudável não necessariamente exclui algum pequeno desajuste, assim como não há processo de total adoecimento.

Estamos a todo momento passando por esses dois processos de saúde e doença. Um exemplo disso é a renovação celular dos nossos corpos, em que há a morte celular e a substituição da célula morta por uma nova, o que promove uma alteração no organismo como um todo. Pensando nisso, também passamos por renovações em relação aos nossos processos subjetivos, já que qualquer mudança impacta no todo e o processo de funcionamento passa a

ser outro. Há complexidade na interação dos processos subjetivos. Ou seja, os processos de saúde ou doença nunca são determinados por simples alterações fisiológicas em órgãos específicos ou causas únicas externas ao indivíduo.

A proposta é de se ter uma visão complexa sobre o processo "deixando de dividir a doença numa multiplicidade de mecanismos funcionais alterados, passamos a considerá-la como um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado na sua totalidade" (Canguilhem, 2002, p. 57). Saindo assim da visão biomédica, que exclui a individualidade e totalidade da pessoa e exclui a subjetividade.

A depressão tem se tornado importante referência, já que se observa um expressivo e crescente quadro de diagnósticos, além do aumento de investimento científico e de recursos materiais e humanos nas sociedades ocidentais. Em estudos, pode-se cogitar que tenha ultrapassado o sentido de uma patologia com causas eminentemente biológicas, na medida em que tem extrapolado de forma significativa as fronteiras do conhecimento psiquiátrico biomédico (Barbosa, 2008).

É preciso pensar nos motivos pelos quais algumas sociedades "têm variado radicalmente seu quadro epidemiológico, enquanto a outra parte do mundo mantém esse quadro similar ao existente há cinquenta anos" (González Rey, 2004, p.48). Mesmo com os avanços tecnológicos, não houve uma diminuição dos quadros epidemiológicos em relação à depressão. As transformações da ciência e tecnologia não foram acompanhadas também por mudanças políticas e sociais que gerassem possibilidade para um acesso da população aos meios de saúde (González Rey, 2004).

Horwitz e Wakefield (2010) problematizam as estimativas epidemiológicas em relação à depressão levantando dois fatores: primeiro, as taxas crescentes podem estar relacionadas ao modo como as pesquisas passaram a medir o transtorno; segundo, realmente há um crescimento alarmante na quantidade de pessoas que está com depressão. Uma questão importante em relação a esses fatores acima é que quase todos os tratamentos e pesquisas em saúde mental são fundamentados pelas definições baseadas em sintomas. Barbosa (2006) teoriza que "a depressão assumiu o caráter de pandemia, muito provavelmente em função da sofisticação das possibilidades diagnósticas, do desenvolvimento das concepções bioquímicas e da gama de medicamentos ao dispor da medicina psiquiátrica atual" (p.323).

Horwitz (2002) levanta o fato de que a prescrição e o uso das medicações antidepressivas (como Prozac, Paxil, Zoloft e Efexor) estão entre as mais vendidas dentre os

medicamentos que precisam de prescrição médica. Croghan (2001), em sua pesquisa, mostra que durante os anos de 1990 os gastos nos Estados Unidos com antidepressivos cresceu em 600%, e nos anos 2000 excederam os 7 bilhões de dólares anuais. Isso demonstra o culto à medicação transcrito na subjetividade social, que considera normal o consumo e seu excesso. Sendo assim, “a depressão é solidária do avanço da sociedade capitalista” (Barbosa, 2006, p. 325).

Esses fatores estão entranhados nas subjetividades sociais ocidentais, sendo perceptíveis pelos modos de manifestação como "formas constituídas de linguagem, nas representações sociais, os códigos de valores dominantes, os padrões de comunicação caracterizadores dos espaços sociais" (González Rey, 2004, p.78-79). As normatizações e os padrões seguidos são exemplos de subjetividades sociais manifestas, “a saúde deve ser considerada processo permanente que integra o social, cultural e a história diferenciada das pessoas e das sociedades” (Mori & González Rey, 2012, p. 141).

Essas transformações na ciência e tecnologia estão fortemente relacionadas à indústria farmacológica, que hoje exerce uma grande influência nos comportamentos das pessoas. A depressão tem aumentado e se multiplicado enquanto expressão sintomática, evidenciando que muitos pacientes não respondem, de forma concreta, aos tratamentos medicamentosos. Ou seja, a questão da depressão não é somente uma problemática que está dentro da redoma da psiquiatria, mas também é composta por questões culturais, sociais, históricas, políticas, econômicas e subjetivas. A grande questão é que “deve-se refletir sobre a saúde e doença como uma experiência pública e privada” (Mori & Gonzalez Rey, 2012, p. 141).

A questão decorrente é de que maneira a subjetividade pode ser compreendida, sem necessariamente ser diagnosticada e consequentemente medicalizada? Será que a única saída para o sujeito contemporâneo lidar com a complexidade social é expressar-se através de uma patologia? (Barbosa, 2008, p. 2)

Esses aspectos acabam por se constituir em um paradoxo, porque ao mesmo tempo em que a depressão se apresenta com significados importantes para evidenciar o sofrimento humano, também está sendo banalizada e generalizada (Barbosa, 2008). Mesmo considerando os inúmeros avanços que a psiquiatria tem oferecido nas últimas décadas, com especial destaque para a reforma psiquiátrica (Brasil, 2005), não se pode desconsiderar que, predominantemente, o profissional de saúde não tem tempo e, talvez, interesse, para observar

e escutar o paciente, reduzindo a depressão a uma questão da realização de um preciso e competente diagnóstico e da prescrição de antidepressivos e ansiolíticos.

Embora não menosprezando a importância desses procedimentos, não se pode permanecer na exclusividade dos mesmos, pois se exclui a possibilidade de reconhecimento do que sofre e conseqüentemente de seu aniquilamento psíquico (Fédida, 2002). A pessoa acaba deixando de ter sua subjetividade e se torna a doença ao qual foi diagnosticado (González Rey, 2004).

A proposta de se estudar esse tema, amparado na teoria da subjetividade, é exatamente de dar valor ao ser humano e a sua singularidade. Há uma enorme riqueza em cada indivíduo, não se pode considerar que todos são padrões que podem ser quantificados ou enquadrados em gráficos. A subjetividade não é um produto da cultura/história/sociedade e sim constitutiva de tais aspectos.

Subjetividade como um nível de produção psíquica, inseparável dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana. (...) não é um sistema determinista intrapsíquico, situado apenas na mente individual, mas a qualidade de um tipo de produção humana que permite penetrar em dimensões ocultas do social e da cultura, que só se tornam visíveis na sua dimensão subjetiva. (González Rey, 2007, p.173)

A saúde passa a ser um indicador do funcionamento social. Neste processo estão inscritas as formas de funcionamento das instituições sociais, dos sistemas de inter-relacionamento e da mídia; elas se inter-relacionam no processo dos sentidos dentro do espaço simbólico complexo (González Rey, 2004), sendo que “o adoecimento também é demarcado pelo social, não apenas um processo individual” (Mori & González Rey, 2012, p. 140).

Porém, há atuações de profissionais da saúde que partem do pressuposto da sociedade padronizada e de teorias que levam em conta somente uma parte do indivíduo. De acordo com a atuação biomédica, a depressão se traduz em possibilidades diagnósticas no desenvolvimento das concepções bioquímicas e da gama de medicamentos ao dispor da medicina psiquiátrica atual, discurso que descarta toda e qualquer possibilidade de diversidade entre as pessoas. Assim, o discurso do paradigma preponderante, que representa uma corrente poderosa na ciência atual, é que o entendimento, e conseqüentemente, a "cura" da depressão, depende, exclusivamente, da capacidade de aumentar a quantidade de

neurotransmissores no cérebro, em especial a serotonina e a noradrenalina, o que exclui qualquer outra abordagem que não a bioquímica (Solomon, 2002; Wolpert, 2003).

O modelo biomédico levou a especializações e fragmentação mecanicista do indivíduo, como se ele funcionasse de modo separado dos seus órgãos, "sem compreender como esse órgão inscreve-se no funcionamento complexo da pessoa em que se instala a doença" (González Rey, 2015, p.11). A visão do todo do indivíduo se perdeu. Canguilhem (2002) defende que "o que parece aumento ou diminuição em algum local é, na realidade, uma alteração no todo" (p.58).

O preocupante é que a abordagem medicamentosa pode, muitas vezes, estar, de fato, associada a uma construção ideológica, na medida em que coloca o indivíduo depressivo em um nível que o mantém ao mesmo tempo improdutivo e adaptado (Boulguese, 2003). O que demonstra a "expressão de um discurso médico e jurídico que se articulam entre si atravessados e configurados por uma ordem política e social" (González Rey, 2007, p. 154).

O modelo biomédico é pautado pela ciência positivista, ciência esta que foi reguladora do que era considerado conhecimento científico ou não, o que não se adaptava às normas era excluído. As subjetividades sociais têm princípios e normas que são limitantes da expressão do sujeito, em que adaptação a este contexto é aliciada.

A influência da ciência positivista, refletida nessa base instrumental e determinista a que González Rey (2011) se refere, procura por uma causa única, uma única origem dos males da pessoa ou da sociedade. É uma tentativa ilusória que será fatalmente frustrada, e, mesmo assim, muito entranhada no discurso das ciências da "saúde". "Os processos subjetivos da saúde humana, em especial os efeitos das complexas redes simbólico-emocionais não conscientes em que se expressa a vida atual do sujeito ficam fora de análise" (González-Rey, 2011, p.81). As ciências chamadas ciências da saúde mais estudam as enfermidades do que o funcionamento saudável, é uma ciência que determina o que é considerado patológico ou normal. Os processos de saúde ou doença, como todos os processos sociais e subjetivos, são culturais e históricos, em que as exigências mudam qualitativamente com o decorrer do desenvolver social.

Houve uma edificação do normal e do patológico como sendo opostos. O normal é definido pela ciência vigente por meio de números e gráficos, não sendo perceptível mudança em boa parte dos meios científicos. O patológico considerado como distinto do normal por simples variações quantitativas dos fenômenos fisiológicos ou mentais, foca em termos como

excesso e falta para definir o "anormal". Concordo com Goulart (2013) ao afirmar que "ao ser julgado como o desvio de uma suposta norma geral, o transtorno mental é compreendido e tratado como fenômeno individual, em detrimento de seus aspectos subjetivos, culturais e sociais envolvidos" (p.130). Esses fatos estão entranhados na subjetividade social, são práticas simbólicas que estão compartilhadas e normatizadas.

## 1.2 Configuração subjetiva dos processos de saúde e doença

Qual seria então o limite entre o processo de saúde e o de doença? Para González Rey (2007) está "na impossibilidade de o sujeito produzir novos sentidos subjetivos ante uma condição que o afeta" (p.158). A possibilidade de gerar sentidos em determinadas situações ou momentos define uma **psique saudável ou geradora de danos**.

Ou seja, a pessoa perde a capacidade geradora de sentidos subjetivos perante a situação que está vivendo, há uma paralisação do sujeito. Sentido subjetivo sendo entendido como uma unidade integradora de processos simbólicos e emocionais. **Configuração** como integração dos variados "elementos dinâmicos da personalidade ao redor de um sentido psicológico específico" (González Rey, 1995, p.59), podendo ter uma configuração dentro de outra, elementos que se interpenetram e se integram.

Percebe-se que o processo de adoecimento é totalmente diferente de uma pessoa para outra e ocorre dependendo do modo como a pessoa lida com as situações que vive, o que reflete a complexidade do processo. Não importa o que acontece de fato e sim o que a pessoa faz com o acontecido. "Caso o indivíduo não seja capaz de identificar as causas destas contradições e procurar a solução sem esquemas antecipatórios rígidos, nem defesas evasivas, vai tornar-se objeto delas, proporcionando a aparição de estados emocionais negativos" (González Rey, 2004, p.73).

A solução vem pela produção de novos sentidos subjetivos. Os estados emocionais negativos podem levar a um adoecimento, seja ele psicológico ou físico e refletem a configuração geradora de danos que está preponderando. Ou seja, "um determinado tipo de funcionamento das configurações subjetivas pode ser associado à produção de emoções responsáveis pela emocionalidade patológica" (González Rey, 2004, p. 79). As emoções têm caráter irregular, processual e contraditório (González Rey, 1997)

O termo patologia tem suas problemáticas pelo caráter padronizado, dá a ideia de que todos que são diagnosticados com determinada patologia passam pelo mesmo processo. González Rey (2007) defende que as diferentes "patologias" expressam configurações subjetivas diferentes, mas que este fato não impede que tenham os fatores em comuns a elas, "as patologias não são produzidas pela soma de elementos comuns, mas por configurações qualitativas diferenciadas de caráter sistêmico" (p.158). Não há uma uniformidade em relação

à configuração subjetiva da depressão, cada pessoa possui configurações subjetivas diferentes da outra.

A idéia de patologia como portadora de uma gênese universal é posta em xeque (...)  
A idéia de uma mente doentia como algo colocado "dentro", no plano intrapsíquico, cede o seu lugar para uma representação configuracional dessa subjetividade individual, na qual a configuração subjetiva do transtorno é inseparável dos processos atuais de produção de sentidos subjetivos em todas as áreas de vida do sujeito (González Rey, 2011, p.86)

As múltiplas configurações subjetivas em suas interações, no desenvolvimento único e específico de cada pessoa, é o que vai definir os estados dominantes de saúde ou doença. A integração dos estados dinâmicos do indivíduo, suas configurações subjetivas, demonstram o caráter ativo no processo de saúde. González Rey (2012) define as configurações subjetivas como sendo as "formações psicológicas complexas caracterizadoras das formas estáveis de organização individual dos sentidos subjetivos" (p.21). A subjetividade não é uma internalização e sim uma produção humana, tem um caráter multidimensional, recursivo e contraditório (Mori & González Rey, 2012).

A pessoa está em constante transformação, sempre se modificando pelo surgimento de novos sentidos subjetivos. A configuração é uma rede de sentidos, ou seja, havendo mudança nos sentidos subjetivos há mudanças nas configurações subjetivas. Um sentido alimenta configurações subjetivas diferentes e por isso interagem entre si. O sentido é o que caracteriza a atividade humana em seus campos de ação.

A doença não é uma entidade externa que possa ser retirada por meio de procedimentos externos, a pessoa está envolvida no processo, a subjetividade social não é externa às configurações subjetivas, está configurada nelas, e com isso os estados de saúde ou doença serão preponderantes. Os processos de saúde ou doença estão configurados subjetivamente, configurações que se expressam por meio de seus estados dominantes.

Concordo com González Rey (2004) quando define saúde e doença como processos de configuração subjetiva, em que tais processos têm uma natureza multidimensional e irregular, se configuram a partir da integração das situações que o indivíduo vive em seu funcionamento subjetivo. Elementos novos podem ser incorporados às configurações, gerando novos modos de funcionamento do sistema. A configuração subjetiva é a forma que as experiências assumem ao se subjetivar na personalidade. As configurações são organizadas



na integração de estados dinâmicos diferentes, aparecendo de diversos modos na história do sujeito.

As configurações, em algumas situações, integram-se e geram sentidos subjetivos. Essas configurações se constituem pelo tipo de emoção e dos processos simbólicos, esses fatores vão caracterizar os relacionamentos do sujeito. A produção dos sentidos subjetivos, por ser um processo emocional e simbólico, não é uma construção intencional do sujeito, pois não é um processo racional. As ações do sujeito sempre são processos comprometidos com suas necessidades, por isso sempre têm o caráter emocional, que pode aparecer diretamente ou indiretamente nas manifestações dos indivíduos (González Rey, 2004).

As configurações não são causas de comportamentos, são sistemas complexos que são fontes de sentidos subjetivos. Outras áreas da vida têm representações que influenciam as crenças e emoções da pessoa, sendo que o momento atual tem grande influência nesses processos. Os comportamentos das pessoas são relacionados à teia de sentidos subjetivos, “todo sentido subjetivo traz a marca da história do sujeito e de sua ação nos contextos atuais de sua vida” (Mori & González Rey, 2012, p. 144).

As emoções são representantes da qualidade dos relacionamentos do indivíduo e seu meio. A emoção compromete organicamente o momento constitutivo atual da subjetividade em que aparece, caracterizando o ambiente no qual aparece; são processos expressos de modo intrapsíquico e interativo. Emoção, de acordo com González Rey (2004), é vista como "ponto de interseção entre o funcionamento psicofisiológico, subjetivo e social, que as define como um fenômeno configuracional aberto" (p.85), fenômeno complexo e processual com inúmeras formas de expressão que se definem ao longo do percurso singular de cada um. O estudo das **emoções** deve levar em conta os vários níveis de articulação pelo diálogo entre pensamentos diversos e promover o reconhecimento como processo complexo da subjetividade (Neubern, 2000).

### 1.3 Desenvolvimento humano/ mudança

O desenvolvimento humano é considerado como complexo, que se articula em diversas esferas da pessoa e se constitui em lógica configuracional, "rompendo com as tendências à linearidade e ao pensamento evolutivo tradicionalmente presentes na compreensão dos processos humanos" (Goulart, 2013, p. 30). Desenvolvimento humano é um sistema dinâmico implicado nas subjetividades individual e social.

As subjetividades social e individual constituem um mesmo sistema, em que as contradições entre elas se transformam na produção de novos sentidos, participando do desenvolvimento do sujeito e da sociedade (González Rey, 2012). O sujeito, inserido em uma sociedade com suas subjetividades sociais, está influenciado pelos paradigmas dominantes que lhe impõem conceitos, comportamentos, hábitos, modo de vida, formas de pensar e visão de mundo. Ele os internaliza e os reproduz, e sob certas condições (Morin, 1998), seu modo único de qualificar as situações e contradições com seu caráter ativo podem construir novos recursos no seu conhecimento, podendo gerar rupturas e revoluções em relação ao padrão dominante instaurado.

A ideia de cura também se modifica nessa visão. A cura não faz sentido dentro dessa perspectiva, pois saúde e doença são **processos** advindos das configurações subjetivas. O tratamento é um processo ativo do sujeito e não um conjunto de operações e instrumentos do terapeuta ao sujeito. Os tratamentos por meio de recursos externos podem até aliviar os sintomas que tanto incomodam, mas, se não há uma mudança vinda do sujeito, não há mudança nas configurações subjetivas que estão expressando o processo de doença. Não adianta somente fazer a ingestão das medicações sem que haja um processo do próprio sujeito para a mudança.

Não descarto a importância do tratamento medicamentoso, que se mostra útil em determinados casos e pode ajudar, de forma considerável, a pessoa a sair de uma crise. A crítica que faço é quanto ao uso puro de tais ferramentas, como se sozinhas fossem a salvação. Tem que se levar em conta os prejuízos que a medicação, em seu abuso e uso indevido, pode acarretar para o sujeito, como a dependência, efeitos colaterais e mascaramento de sintomas.

Em muitos casos, aparenta-se que a medicação, ou algum tratamento similar, possa realmente estar "curando" a pessoa, mas, na verdade, há somente o mascaramento dos sintomas. Um sintoma só é uma via de saída, mas há outras possibilidades que podem tomar lugar se essa via não mais está provocando efeito, já que a configuração não é a mesma.

Com frequência pensamos que a causa de todas as nossas infelicidades é o mal que enfrentamos no momento atual, sem percebermos que esse mal é decorrente de uma configuração subjetiva sem a mudança da qual a modificação desse mal vai nos trazer novos problemas numa cadeia infinita de transtornos. Isso é mais uma razão do porque da superação do sintoma (...) nunca representa a superação do problema (González Rey, 2011, p.95)

Não basta jogar uma química no corpo para "tratar a depressão" e esperar inertemente que a situação se modifique por completo. "Plenamente apoiados pela ideologia de nossa sociedade científico-mercadológica e pela oferta abundante de antidepressivos, muitos sujeitos buscam em um tratamento exclusivamente psiquiátrico a condição ideal para evitar o enfrentamento com suas questões subjetivas" (Kehl, 2009, p.16). Os sintomas são a figura do processo, que está em constante modificação. O fundo (o não aparente) que seria os reais motivadores ou iniciadores do processo de doença, é a interação complexa de vários processos que geram vias de saída por meio de sintomas.

Essa procura por um salvacionismo externo se dá devido ao determinismo externo. "Compreendemos por determinismo externo a dependência que estabelece o indivíduo na avaliação social para o exercício de seu comportamento pessoal" (González Rey, 2004, p. 74). Indivíduos que não se responsabilizam pelo processo que estão passando e colocam a responsabilidade da situação em algo externo a eles, podendo ser outra pessoa, situação, entre outros. Enquanto a pessoa define seu comportamento por um determinante externo, ela não modifica sua situação, deixando sua mudança para algo externo que a venha "salvar" ou retirar seus problemas. Quando a pessoa não se responsabiliza e transfere para um recurso externo essa responsabilidade, acaba por incorporar a doença como parte de si e passa a ser a doença, deixando de ser o próprio sujeito. Deve-se problematizar quando a pessoa incorpora a doença como parte de si de modo incapacitante. A identidade do indivíduo se torna a doença, com refúgio na patologia e há a vitimização.

Para que seja modificada a situação depressiva do indivíduo, é preciso sair do determinismo externo e se responsabilizar pelas próprias decisões e ações. Portanto, quando

emerge o sujeito, a pessoa gera vontade de mudar e efetivar mudanças, é o momento em que suas configurações subjetivas começam a tomar outra forma (por meio de novos sentidos subjetivos), o processo até então existente começa a dar lugar a outro. Se responsabilizar tem relação com a produção de sentidos subjetivos, em que a reflexão pessoal pode gerar novos sentidos subjetivos em relação ao que ela está vivendo.

É preciso evidenciar que a vontade de mudar não é suficiente para que ocorra a mudança, mas é o passo inicial. O sujeito, com o auxílio de algum profissional ou não, identifica algumas possíveis modificações a serem feitas em seu comportamento e as faz, assim, suas configurações subjetivas vão sendo modificadas pelo surgimento de novos sentidos subjetivos.

As mudanças só podem ser feitas no tempo da pessoa e não por alguém ou algo de fora que queira impor o tempo para que estas mudanças ocorram. O próprio processo psicoterápico leva em conta o tempo da pessoa, que irá avançar em seu ritmo, "é preciso convidar o depressivo a ter coragem de apostar em alguma construção de sentido para contrapor ao vazio" (Kehl, 2009, p. 19). O estado saudável tem um parâmetro individual, cada indivíduo tem sua definição de saudável. Não é um estado estático, é um processo complexo constante, afetado pela ação do sujeito (González Rey, 2004).

As configurações subjetivas que levam às manifestações dos sintomas precisam ser modificadas para que não haja mais esses sintomas. O sintoma é a expressão que se reconhece da configuração subjetiva. Considerando o ser humano como complexo em sua constituição e interação, nunca pode ser conhecido em sua totalidade por meios convencionais.

A doença não é algo advindo do externo que possa ser retirada por processos externos à pessoa. O tratamento passa a ser também ativo pelo próprio sujeito, não há como realizá-lo sem que o próprio sujeito esteja envolvido e empenhado em suas mudanças. Por isso a importância de atuar não só com a pessoa em tratamento, mas com o seu modo de vida. O modo de vida é o compromisso subjetivo da ação. A pessoa, por meio das suas escolhas e interação com as subjetividades sociais, constrói novos sentidos subjetivos e com isso suas configurações subjetivas podem se modificar. A saúde não é um estado de normalidade, e sim um processo em que a pessoa participa na condição de sujeito, um processo plurideterminado (Mori & González Rey, 2012).



## 1.4 Subjetividade social

Subjetividade é vista como sendo não somente o espaço íntimo de cada pessoa, mas também como o espaço social. O social também é configurado subjetivamente, e tem na sua organização diferentes processos simbólicos. A subjetividade se constitui tanto individualmente quanto socialmente e ambos sistemas se constituem mutuamente. González Rey (2007) utiliza duas categorias para significar esses sistemas: subjetividade individual e subjetividade social.

A subjetividade é um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, e ela se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo de desenvolvimento (González Rey, 2002, p.36-37)

A importância do social para a subjetividade não advém pela expressão linear e sim pela tensão da pessoa com o social, que é expressa nos diferentes momentos de constituição subjetiva. Os diferentes processos são múltiplos e só entendíveis se analisados em relação, pois não há uma determinação linear desses processos. O individual e o social fazem parte do mesmo sistema subjetivo, eles têm influência recíproca entre si e seus processos têm expressões diferenciadas (Mori & González Rey, 2012).

Tendo esses conceitos como base, a expressão da pessoa como sujeito pode ocorrer ou não. Quando a pessoa se torna a doença, passa a não se expressar, a não ser sujeito ativo. Sua identidade passa a ser “o estar doente”, que é comum, talvez, pela grande patologização que se mostra evidente nas subjetividades sociais do Ocidente. É o estigma do transtorno depressivo que rotula o indivíduo como incapaz de mudar sua condição. Quem está sendo beneficiado com essa repressão do sujeito? Será que há uma indução à patologização das pessoas?

Esses rótulos de incapacidade e inércia colocam o indivíduo em um estado passivo em relação a sua própria mudança. Em contrapartida, o caráter ativo do sujeito na experiência da saúde é uma das definições mais importantes neste trabalho. O desenvolvimento de novas capacidades que originam os recursos subjetivos para a pessoa de transcender as situações ameaçadoras ao estado de saúde (González Rey, 2004). A saúde vista como um processo e momento ativo do sujeito, com sua participação consciente.

A saúde aqui é vista como processo em que o sujeito está agindo, produzindo novos sentidos subjetivos, gerando novos posicionamentos frente à vida. A produção de novos sentidos tem como pressuposto o reposicionamento do sujeito, processo que é caracterizado pelo "desenvolvimento subjetivo como única opção para a recuperação da saúde" (González Rey, 2007, p. 160). São novos processos de desenvolvimento do sujeito em que se inclui a reflexão, o posicionamento crítico e as ações.

Com mudanças sociais e históricas em contato com o sujeito, o que vai definir como as situações vividas vão ter sentido para o sujeito é a relação dos processos individuais com o social/histórico/cultural. Nunca é um processo de via única e sim de mão múltipla e em constante transformação, "é preciso entender que falar de saúde é resgatar o sujeito por trás da doença e pensar em outros fatores, como a questão genética, social e cultural, os quais corroboram para entender os sentidos produzidos por um sujeito singular que está inserido em uma cultura" (Moreira, 2014, p. 22).

É importante acrescentar que a sociedade promove uma transformação na subjetividade e é nesse sentido que pode ser possível entender melhor a sociedade contemporânea. A complexidade social atual tem que ser considerada levando em conta a importância de outras formas possíveis de organização e de relacionamentos sociais, viáveis para a coletividade, na construção do sujeito contemporâneo (Domingues, 2001). "A maneira em que a sociedade atual gera sentidos subjetivos que definem o modo de vida das pessoas, onde ter, consumir e trabalhar numa carreira que não permite (...) um modo de vida saudável" (González Rey, 2011, p.82).

Modo de vida é um conceito sociológico importante para estudar as condições de vida das pessoas, as motivações em um sistema de atividades concretas e a saúde humana. Modo de vida é aqui definido pela conjunção de dois principais elementos, os fatores sociais e os fatores de personalidade. Os fatores sociais possibilitam as atividades concretas. Os fatores de personalidade determinam um conjunto de potencialidades da pessoa em sua condição de sujeito. González Rey (2004) define:

A personalidade expressa-se de maneira diferenciada pela ação do sujeito em contextos sociais específicos nos quais vive. Ademais, a personalidade é um momento concreto de sentido, constitutivo da ação do sujeito, a qual está comprometida, de forma simultânea, com outros elementos de sentidos produzidos dentro do espaço interativo e social em que se expressa cada ação. Assim, as configurações da personalidade que participam da ação individual integram-se, definindo agrupamentos de sentido que variam no próprio curso da ação (p.77)

Personalidade sendo entendida como um modo de organização da subjetividade individual, um sistema configuracional em constante e permanente desenvolvimento em que um sentido subjetivo de uma configuração pode interferir em um sentido subjetivo de outra configuração.

O sujeito é a pessoa implicada na ação, que gera um espaço próprio de subjetivação em diferentes contextos e situações. O espaço próprio de subjetivação pessoal permite ao sujeito ir além das normas formais estabelecidas pela subjetividade social dominante, o que lhe permite um desenvolvimento diferenciado perante tais normas. "O se tornar sujeito significa expressar na ação configurações subjetivas singulares, tomar decisões, assumir responsabilidade individual pela ação" (González Rey, 2007, p. 144).

O sujeito tem um posicionamento crítico, "emerge nas tensões dialéticas e dialógicas complexas urdidas entre as dimensões de sua subjetividade individual e a subjetividade produzida no contexto social vivido concretamente" (Rossato; Martins; Martínez, 2014, p. 38). O sujeito se posiciona perante as situações, ele pensa, age, tem vontade própria e se expressa de forma ativa em sua vida e no mundo. Somente o sujeito pode intencionalmente romper com as suas circunstâncias e se redefinir, enfrentando a ordem histórica e de convivência social estabelecidas (Rossato; Martins; Martínez, 2014).

Em qualquer ação do sujeito há uma implicação na subjetividade individual e social. De acordo com González Rey (2007) ser sujeito implica posicionamentos reflexivos e criativos que estão comprometidos com a produção de sentidos subjetivos. A atuação do sujeito é iniciadora do processo que implica a pessoa no espaço social, ou seja, o sujeito pode gerar uma repercussão no espaço social, passando a se constituir na subjetividade social.



## 1.5 Considerações iniciais

Percebe-se que a análise do transtorno depressivo pela perspectiva da teoria da subjetividade enfoca no indivíduo e vai além da patologia, nos remetendo a alguns fatores importantes:

- O indivíduo é constituído de subjetividade individual e social;
- O foco está na pessoa em tratamento e não no transtorno que ela está diagnosticada; Como psicóloga não preciso de um diagnóstico para olhar o indivíduo;
- Responsabilização da pessoa por suas ações;
- O modo como a própria pessoa lida com as situações é o que importa e não a situação por si só;
- A mudança é advinda da própria pessoa e não é externa a ela;
- São as pessoas que geralmente estão em profundo sofrimento, mas isso não as torna incapazes ou vítimas do social, pois são plenamente capazes de realizar mudanças que modifiquem seu modo de vida;
- Mudanças em suas configurações subjetivas geram outro modo de funcionamento, podendo ser um modo saudável, que é uma capacidade do organismo humano.

## 1.6 Psicoterapia

Não há um roteiro prévio de como deve ocorrer uma psicoterapia, sendo um sistema de conversação dialógica, com vida própria, sem listas ou questionários a serem seguidos. É uma interação que é construída junto com a pessoa. O terapeuta incentiva a pessoa a refletir e a pensar sobre suas questões.

O espaço de psicoterapia tem que ser um **espaço de reflexão crítica**, o que rompe com a perspectiva de patologia; não pode ser reduzida à aplicação de conceitos e técnicas, que atualmente se tornou dominante em algumas práticas psicoterápicas atuais. Essa reflexão inclui um modo complexo de pensar que integra os elementos simbólicos e emocionais e também a subjetivação dos processos sociais. A integração desses aspectos é nomeada de configuração, que tem como base a construção dos sentidos subjetivos e da subjetividade social. (González Rey, 2007)

Algumas linhas teóricas dominantes qualificam que problemas complexos e multideterminados têm como única causa suas estruturas de personalidade, como perversões e psicopatias. Ao invés de procurar entender as relações da pessoa com a diversidade de influências, reduziram a complexidade ao paradoxo do indivíduo universal. As diferenças socioculturais, financeiras, histórico de vida e gênero foram, por muito tempo, mascaradas, focando em dados que se encaixavam nas categorias universais. A pluralidade dos sentidos gerados e construídos foram substituídos por um pretexto único e insuficiente, na tentativa de trabalhar com teorias psicológicas que giram em torno desse “ser universal e imutável”. Nesse molde ficou comprometido o reconhecimento da subjetividade, que não era vista nessas construções teóricas (Neubern, 2005).

As linhas teóricas psicoterápicas modernas dominantes não levavam em conta a heterogeneidade de sentidos, e com isso simulavam uma homogeneidade isomórfica excluindo a subjetividade (González Rey, 1997). Universalizou-se, assim, técnicas e métodos psicoterápicos, o que gerou um trabalho pouco flexível ao se lidar com os pacientes. A noção de **sujeito** esteve marginalizada na ciência moderna (Morin, 1990), e com isso também se tornou distante das relações terapêuticas sob as bases dominantes, indo contra a ilusão de realidade universal e exigindo a possibilidade de múltiplas interpretações (Neubern, 2005).

A **ênfase no patológico e incapacitante** contribuiu para uma relação de dependência e submissão (Neubern, 2005). O paciente, considerado como objeto, desaparecia diluído em uma teia de determinismos, entendido como essencialmente doente ou até mesmo como a própria doença em si. O enfoque que dou à psicoterapia é a de um sujeito ativo, o qual é participante da terapia, não sendo simplesmente uma pessoa que se submete às técnicas ou processos feitos pelo terapeuta. O sujeito constrói junto ao terapeuta o seu caminhar, refletindo e se modificando.

Estar em posição de pessoa é diferente do **sujeito**, de maneira que o paciente assume a condição de sujeito quando se posiciona de forma ativa na psicoterapia, quando há produção de sentidos, fato que demonstra postura reflexiva em relação a ele mesmo, ao terapeuta e ao processo como um todo. Leva-se em conta o **papel ativo do sujeito no processo terapêutico**, o de produtor de sentidos subjetivos. A mudança surge pelas produções subjetivas do sujeito e independe de interpretação do terapeuta (González Rey, 2007).

Outro fator importante aqui considerado, é que a psicoterapia não se restringe ao consultório. Considera-se que é uma prática que pode ocorrer em qualquer espaço de subjetivação, como ambientes em que o sujeito frequenta. O processo terapêutico não deve ser dogmatizado em um ritual ou lugar físico, mas sim deve privilegiar o que caracteriza como fundamental: o **vínculo, o diálogo e a construção de sentidos** (González Rey, 2007).

A seguir, as duas participantes da pesquisa estão em processo psicoterápico: Aline está há dois anos e Beatriz há um ano. Procuraram a psicoterapia com queixas de que precisavam resolver os problemas de uma terceira pessoa. Aline para resolver os problemas da filha, e Beatriz para resolver os problemas do marido. No decorrer do processo terapêutico, ambas foram percebendo que também havia fatores dentro de si que precisavam trabalhar para que a situação melhorasse tanto para si mesmas quanto para seus familiares.

Inicialmente houve muita queixa sobre o outro ou sobre outras situações, citando os problemas como causados por um “ambiente externo a elas”, sem possibilidade de modificar a situação em que se encontravam. Percebe-se que inicialmente não há uma autorresponsabilização pelas suas escolhas ou vivências e comportamentos. Sempre se colocam como vítimas de uma vida ruim e afirmam que o “resto do mundo” (expressão usada pelas participantes) não colabora para fazer as coisas do modo como acham ser certo, sendo “injustiçadas”. Reconhecem seu comportamento de vitimização. Mas enquanto a pessoa se vê

como vítima, não se assume como capaz de mudar.

Somente quando a pessoa começa a se responsabilizar pelas próprias ações, pensamentos e sentimentos é que inicia o processo de mudança. Uma vez que percebe que os fatores externos não são determinantes no processo depressivo, começa a se posicionar e ter novas posturas perante as situações que vão surgindo em sua vida. Desta forma, passa a se portar como sujeito, tomando as rédeas de sua vida e iniciando a sua própria mudança.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Geral**

Essa dissertação tem o objetivo de propor uma visão crítica e complexa sobre a depressão. Depressão tida como um processo de natureza complexa e subjetiva, sem causa linear biológica ou ambiental. Tendo o reconhecimento da depressão enquanto configuração subjetiva e como objeto de análise complexo.

### **2.2 Específicos**

- Questionar a visão biomédica, determinista, que coloca o indivíduo como inválido e inerte;
- Construir um modelo teórico sobre os processos depressivos, com o foco na pessoa, que vão se estruturando por meio das hipóteses e nos permitem refletir sobre a configuração subjetiva da depressão
- Refletir sobre o transtorno depressivo para que seja possível entender sua produção individual, social e histórica, delineando os limites e dificuldades inerentes a esse objetivo e visando a construção de um outro olhar.

## 3 Capítulo Metodológico

### 3.1 Epistemologia Qualitativa

Para esse trabalho, optou-se por usar uma proposta qualitativa de investigação. Essa concepção da pesquisa qualitativa busca ampliar o entendimento sobre as formas de se compreender os sujeitos e os espaços em que eles estão inseridos. Segundo Minayo (2004), é considerado que não existe um objeto a ser observado e sim uma aproximação a ser feita, posto que o que ocorre é um engajamento do estudioso junto com o colaborador no sentido de “reconhecimento” do fenômeno em questão. “A abordagem qualitativa no estudo da subjetividade volta-se para a elucidação, o conhecimento dos complexos processos que constituem a subjetividade e não tem como objetivos a predição, a descrição e o controle” (González Rey, 2002, p. 48).

Os princípios da Epistemologia Qualitativa, propostos por González Rey (1997), norteiam o método utilizado nesse estudo. O caráter qualitativo foca em resgatar o principal objeto da psicologia, a subjetividade, anteriormente eliminado pela dominação positivista e pela revitalização do epistemológico a partir da instrumentalização do objetivo da ciência. A Epistemologia Qualitativa, segundo González Rey (1997), enfatiza princípios gerais da produção do conhecimento, compreendendo-se em sua base de três pressupostos: o caráter **construtivo interpretativo, a legitimação pelo singular e o diálogo**.

O conhecimento é produzido de modo construtivo-interpretativo, ou seja, o investigador coloca em pauta o que a pesquisa trouxe de prática (o empírico), e seu conhecimento leva a construções teóricas. “A pesquisa nesse modelo não esgota o problema, mas gera novas zonas de sentido, abre novas possibilidades para construção teórica com relação ao problema abordado, passa-se de lógica da resposta para lógica da construção” (Mori & González Rey, p. 6, 2011). A construção teórica é um processo em que o pesquisador se torna um núcleo que gera pensamento e construções que são inseparáveis do curso da pesquisa (González Rey, 2012).

O conhecimento científico, de acordo com González Rey (2012), é uma produção, uma construção humana, não está pronto, não há uma realidade planetária que torne isso

possível. Atlan (1993) afirma existir uma realidade e diz que o acesso a ela é sempre pela interpretação do indivíduo, por isso o termo "realidade última" não pode ser considerado. Esse interpretar nos leva a construir **zonas de sentido**, que são "espaços de inteligibilidade que se produzem na pesquisa científica e não esgotam a questão que significam, (...) abrem a possibilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica" (González Rey, 2012, p. 6).

As zonas de sentido geram campos de inteligibilidade que possibilitam novas zonas de ação através das representações teóricas. A interpretação é uma construção dinâmica, sendo a construção eminentemente teórica; o conhecimento se legitima pela continuidade e capacidade de gerar novas zonas de inteligibilidade (González Rey, 2012).

A significação epistemológica da singularidade está estreitamente relacionada ao valor teórico da subjetividade no estudo do homem, a cultura e a sociedade, dimensões que se constituem, de forma permanente entre si, na condição subjetiva que define a ontologia desses três sistemas complexos de realidade (González Rey, 2012, p. 13).

A **legitimação do singular** leva em conta os processos individuais, cada um tem seu modo de significar suas experiências. Esse método de pesquisa permite abordar os indivíduos, legitimando-os. O que está em pauta não é a quantidade de indivíduos pesquisados e sim a expressão dos mesmos. Não busca padrões ou regularidades, mas sim uma construção relacionada às informações obtidas (Mori & González Rey, 2011). “A subjetividade não se caracteriza por invariantes estruturais que permitam construções universais sobre a natureza humana” (González Rey, 2002, p. 37), ou seja, legitima o singular, sem tentar encaixá-lo a alguma categoria fechada. “Os sentidos subjetivos têm que ser definidos em um processo construtivo-interpretativo por parte do pesquisador” (González Rey, p.5, 2010). É preciso ressaltar também a importância da comunicação dentro da pesquisa:

A comunicação é via de construção de conhecimento, pois por meio dela, a pessoa se expressa, se compromete no processo da pesquisa, possibilitando o aparecimento de diferentes processos de sentido subjetivo que caracterizam a expressão desse sujeito. Com isso não queremos afirmar que conheceremos diretamente os sentidos subjetivos implicados na produção da pessoa, mas que eles irão emergir por vias indiretas durante o processo dialógico (Mori & González Rey, p. 7, 2011).

O diálogo é o espaço em que o sujeito expressa o simbólico, pela qual podemos estudar a subjetividade e como as condições sociais objetivas aparecem constituídas. É a via por onde os participantes da pesquisa podem se converter em sujeitos, se envolvendo no problema da pesquisa por meio dos seus interesses, contradições e desejos. A comunicação também influencia na definição dos instrumentos, para que se converta em um espaço de produção da informação (González Rey, 2012).

No processo de diálogo, o foco não deve ser somente no que é dito, mas também precisa considerar o não dito, o comunicado de forma indireta com as expressões e conflitos entre algumas falas, que aparecem a partir da relação com o pesquisador. Primeiramente, o pesquisador estabelece um vínculo com os participantes, convidando-os a serem protagonistas, sendo que "o sucesso depende dos participantes perceberem-se como sujeitos e terem vontade de fazer parte deste espetáculo" (Rossato; Martins; Martínez, 2014, p. 41).

É importante que haja a construção do cenário social da pesquisa, que não é o local onde a pesquisa é feita, mas sim a relação do participante com o pesquisador. A principal função do cenário social, na perspectiva de Rossato, Martins e Martínez (2014), é o "estabelecimento de uma relação dialógica" (p.42) entre o participante e o pesquisador. De acordo com esses autores, o participante vê no pesquisador uma pessoa de confiança e com isso se sente motivado a participar. Desta forma é preciso haver uma manutenção do cenário social durante todo o processo da investigação.



### 3.2 Instrumentos

Nesse estudo, o uso dos instrumentos escolhidos não teve um fim em si mesmo, com categorias de significação definidas a priori, levando em conta, as ideias e reflexões do pesquisador. Essa desconsideração acaba por transformar a aplicação de instrumentos em atos ateóricos, sendo seus resultados assumidos acriticamente. O uso do instrumento dialógico tem a função de facilitar a expressão do sujeito em diferentes áreas da sua vida, estimulando sua reflexão e envolvendo-o emocionalmente para, dessa forma, facilitar o acesso a seus sentidos.

O **sentido subjetivo** não aparece diretamente na fala dos indivíduos, não há manifestação do sujeito que seja linear e direta ao sentido subjetivo. O sentido subjetivo fica disperso na produção do indivíduo, sendo necessárias a interpretação e construção do pesquisador para poder gerar inteligibilidade sobre ele (González Rey, 2012).

Os instrumentos na pesquisa qualitativa são utilizados com a finalidade de expressão emocional e simbólica do sujeito, não como fontes de dados. São as ferramentas interativas facilitadoras da expressão aberta do participante que geram acesso a uma fonte de informações, não sendo, portanto, fontes de resultados.

Os instrumentos são apenas indutores para provocar a manifestação do sujeito estudado, que, em seu trânsito pelos diversos instrumentos, sempre terá o pesquisador como interlocutor imaginário. É por isso que os instrumentos, com independência de seu caráter, são suscetíveis de múltiplos desdobramentos conversacionais (González Rey, 2012, p. 78).

A utilização dos instrumentos é representante do momento da comunicação que se estabelece como condição para o desenvolvimento da pesquisa. O uso do instrumento "representa um momento de uma dinâmica, na qual, para o grupo ou para as pessoas pesquisadas, o espaço social da pesquisa se converteu em um espaço portador de sentido subjetivo" (González Rey, 2012, p. 45).

### 3.2.1 *Dinâmica conversacional*

A **dinâmica conversacional** permite o envolvimento dos participantes no seu processo de construção de informação. Diferente da entrevista pela natureza de seus processos, a conversação se centra no espaço de diálogo produzido em que a condução do processo vai de acordo com as respostas do sujeito, sem julgar a qualidade das mesmas. Há uma aproximação do outro e também permite sua livre expressão (Mori & González Rey, 2011).

As construções dos sujeitos diante de situações pouco estruturadas produzem uma informação qualitativamente diferente as produzidas pelas respostas a perguntas fechadas, cujo sentido para quem as responde está influenciado pela cosmovisão do investigador que as constrói. Essa última tendência tem predominado no desenvolvimento de instrumentos objetivos em psicologia (González Rey, 2002, p.4).

A conversação, por ser um processo ativo entre pesquisador e participante, é acompanhada de iniciativa, criatividade e paciência por parte do pesquisador. O participante se envolve com a pesquisa por meio de suas emoções e reflexões que vão surgindo ao longo da comunicação, que é um sistema. (González Rey, 2012).

Perguntas abertas têm um grande valor metodológico por serem orientadas à reflexão, sendo as respostas carregadas de sentido subjetivo. González Rey (2005) desenvolve a categoria de sentido subjetivo, definindo-a “como a unidade dos aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das diferentes práticas humanas em um nível subjetivo” (p.44). É necessário envolver a expressão progressiva e emocional da pessoa, pois por meio destas podemos ter acesso aos sentidos subjetivos. Na construção da fala da pessoa são reveladas as formas que ela vivencia e dá sentido às situações.

O sujeito é interativo, motivado e intencional. A investigação nesse modelo de pesquisa é um processo de comunicação entre o participante e o pesquisador, tornando a pesquisa um diálogo que toma diferentes formas. O sujeito realiza construções implicadas nos diálogos, tornando a pergunta um dos elementos de sentido em que se constitui a expressão, fonte essencial para a qualidade da pesquisa (González Rey, 2002). "O resgate do individual e da dimensão construtiva do conhecimento adquire significação essencial" (González Rey, 2002, p.26).



### 3.2.2 *Completamento de Histórias e Frases*

Outro instrumento a ser utilizado é o **completamento de história e frases**, que tem a função de facilitar e estimular sentidos subjetivos diferentes, que podem não ter sido expressos somente pela dinâmica conversacional. Instrumentos escritos facilitam "a possibilidade de produzir, nesses espaços, sentidos subjetivos distintos que facilitem a amplitude e a complexidade de suas diversas expressões" (González Rey, 2012, p. 51).

O completamento de frases possui indutores curtos que são preenchidos pela pessoa, em que o procurado é a expressão intencional da pessoa que está relacionada ao modo de construção da pessoa (González Rey, 2012). Por ser constituído de indutores curtos, é um instrumento que é rápido e de fácil aplicação, podendo envolver assuntos diversos. Permite que a pessoa se expresse livremente e pode se estender em qualquer frase.

O completamento de frases é uma rica fonte de indicadores e seu valor como instrumento está na possibilidade de elaborar um sistema de hipóteses que se integram e marcam o curso da produção de informação; algumas dessas hipóteses serão abertas somente a partir de uma frase ou de uma relação única entre frases (González Rey, 2012, p. 59)

Pela interpretação do pesquisador das expressões do sujeito, as hipóteses vão sendo formadas. É possível se aprofundar nas hipóteses ao longo da pesquisa e dessa forma o processo de construção vai tomando forma com a influência das informações que vão surgindo.

### 3.3 Participantes

Os participantes são pessoas que estão em psicoterapia, tendo um acompanhamento de tempos variados. A participante Aline (nome fictício) está há dois anos em terapia, e a participante Beatriz (nome fictício) está há um ano e seis meses. As participantes da pesquisa são casadas, ambas com dificuldades financeiras e geralmente precisam pedir dinheiro aos familiares. Os nomes fictícios são para preservar o sigilo das participantes.

#### 3.3.1 Participante Aline

A participante **Aline** tem 42 anos, não trabalha, é casada e teve dois filhos. Aline deixou de trabalhar para cuidar dos filhos, saiu da faculdade de administração no último semestre, faltando somente a entrega da monografia para que se formasse. É casada há 15 anos com um alcoólatra, que atualmente sustenta a casa financeiramente. O filho mais novo teve câncer aos seis anos e a vida dela, naquele momento, passou a ser em função do tratamento do filho, deixando a filha mais velha aos cuidados de familiares. Após a morte do seu filho, ela iniciou o tratamento psicoterápico e se deu conta de sua depressão existente há muitos anos, evidenciada pelas seguintes características: não tem vontade de viver, está sempre com raiva e coloca sempre a culpa em algo externo por sua situação. Aline segue a religião católica.

Aline teve uma infância e adolescência tranquilas e relatou que seus problemas começaram após o segundo ano de casada. Atualmente, já conseguiu realizar algumas mudanças no seu modo de vida e de se portar perante a vida, mas ainda apresenta comportamentos e falas em que age como vítima.

Não tem incentivo do marido para estudar ou conseguir um emprego, sendo dona de casa. Vive em uma cidade do entorno do Distrito Federal, considerada perigosa, principalmente pelos moradores. Ocorrem frequentes mortes por tiroteios por conta do nível de violência da cidade.



### **3.3.2 Participante Beatriz**

A participante **Beatriz** tem 34 anos e é casada. Desde pequena Beatriz sofre abusos físicos e morais por diversas pessoas. Tem 3 filhos, sendo o primeiro filho do primeiro casamento, e as outras duas, filhas do casamento atual. Beatriz procurou a psicoterapia por problemas de relacionamento em seu casamento, com o argumento que o marido não a deixa estudar ou realizar algum trabalho fora de casa. Atualmente trabalha, ocasionalmente, em um salão que montou em sua própria casa. Não terminou o Ensino Médio e relata que um grande desejo é se tornar enfermeira obstétrica.

Sempre se queixa de cansaço por não conseguir dormir direito, tendo que ajudar constantemente sua família com alguma questão, sem ter o apoio dos mesmos quando precisa. Seu filho mais velho está atualmente em tratamento de câncer, o que demanda muitas idas ao hospital e cuidados em casa. Tem uma rotina extremamente cansativa, que exige a realização de muitas atividades, como o cuidado da casa, dos filhos, do marido e de familiares. Beatriz se refere como evangélica, frequentadora de igrejas em que não se pode cortar o cabelo, usar maquiagem, usar calça, entre outros detalhes.

### 3.4 Análise e construção de informação

Tendo como base o carácter construtivo-interpretativo, o conceito de indicador foi definido como "um recurso de produção de inteligibilidade" (González Rey, 2014, p.28). O indicador é o fator ao qual o pesquisador dá maior relevância durante o processo da pesquisa. O indicador é um momento no processo da pesquisa em que o pesquisador se utiliza da interpretação realizada pela variedade de informações obtidas e pela interação com o intelectual do pesquisador (González Rey, 1997).

Pelo processo de construção e interpretação há a construção dos indicadores, que é uma ideia que pode orientar a criação de hipóteses ao longo da pesquisa, pois "o próprio indicador tem carácter hipotético, por isso, é sempre uma ideia do pesquisador, nunca um significado inerente ao fato, que pode explicitar o fato sobre o qual se originou" (González Rey, 2014, p. 28).

A construção dos indicadores é um processo reflexivo e criativo do pesquisador, ao qual ele sempre relaciona com a bagagem de informação que já tem. A validação da construção teórica não ocorre pela construção dos indicadores, eles "são uma evidência de sua viabilidade dentro do sistema de apresentação disponível" (González Rey, 2014, p. 30).

Uma boa construção teórica, por ser um processo subjetivo, não pode ser validada de fora. González Rey (2014) defende que "a relação entre a construção teórica e as hipóteses levantadas na pesquisa representa um processo construtivo-interpretativo, no qual um desses momentos se legitima no outro sem ser a sua causa, o que nos permite alcançar um critério de legitimidade" (p.31).

Indicadores definem os significados das informações construídas pelos instrumentos que se integram entre si. Configura-se o sistema de informação, onde se desenvolvem os eixos do conhecimento da pesquisa à representação teórica mais ampla, que é característica da finalização da pesquisa (González Rey, 2012).

O desenvolvimento da inter-relação dos indicadores, definida pelo pesquisador, permite a construção da trama configuracional, já que em vários momentos da pesquisa há uma convergência defendida pelo pesquisador. A relação dos indicadores passa a ser a base do desenvolvimento do modelo teórico desenvolvido na pesquisa (González Rey, 2014).



Os modelos teóricos desenvolvidos nas pesquisas são processos de significação, construídos pelo pesquisador, por uma produção intelectual complexa. São apoiados em conceitos da teoria da subjetividade, conceitos que são abertos e construídos ao longo da pesquisa, nunca entidades *a priori* (González Rey, 2014).

São modelos de inteligibilidade que não são acessados diretamente, é a construção de um sistema capaz de articular várias características entre si e gerar conhecimento sobre o que se pretende na pesquisa científica. Os sentidos subjetivos aparecem nas hipóteses dentro do modelo teórico, hipóteses formuladas pela articulação da interpretação do pesquisador das expressões do participante estudado (González Rey, 2012).

O caráter de produção do pesquisador demonstra a capacidade ativa que ele tem na pesquisa, pela sua escolha de referencial teórico, escolha dos instrumentos ou por tomadas de decisão ao longo da pesquisa, ou seja, pela construção e interpretação da informação que levam a uma produção de modelos teóricos, sendo a pesquisa uma produção teórica, construção de modelos de inteligibilidade.

## **4 Análise e construção da informação**

### **4.1 Breves Considerações**

O objetivo desta pesquisa consiste na construção de um modelo teórico sobre os processos depressivos com foco na pessoa que vão se estruturando por meio das hipóteses e nos permitem refletir sobre a configuração subjetiva da depressão. As hipóteses vão sendo elaboradas de acordo com a construção e articulação dos indicadores ao longo da pesquisa. Os indicadores são construídos pelo pesquisador a partir dos instrumentos e dos diferentes momentos informais da pesquisa

As teorias são modelos que podem ser questionados e confrontados a qualquer momento, o que faz desse processo algo fluido, que está aberto ao crescimento e ao desenvolvimento. Não há pretensão de se fechar o assunto sobre a depressão dos participantes, mas sim abrir o pensar sobre o processo e as configurações subjetivas dessas pessoas. As configurações subjetivas envolvem todo o contexto em que se encontram, como família, modo de vida, situação socioeconômica, cultura, religião, entre outros fatores; pensar sobre a configuração subjetiva da depressão dessas participantes engloba todos eles.

É preciso lembrar que essa pesquisa tem caráter construtivo-interpretativo, o que implica entender o conhecimento como produção. Não tem como haver uma apropriação da realidade que nos é apresentada como algo linear, já que são infinitos e complexos campos inter-relacionados a serem aproximados. São os aspectos aproximados, por meio da prática do pesquisador, que são significados na pesquisa (Gonzalez Rey, 2012). O acesso sempre será somente um recorte do real e significado por meio da interpretação do pesquisador.

Importante a ser destacado que os trechos de conversação são sempre inacabados, podendo, em muitos momentos, serem até mesmo contraditórios, pois são a expressão de quem fala. Os trechos são recortes de conversações que nos informam o estado dos envolvidos, nos permitem e indicam informações a serem desenvolvidas e refletem a qualidade da relação. Foi dentro desse sistema de conversação que o espaço de pesquisa foi desenvolvido.

As subjetividades sociais e individuais fazem parte de um mesmo sistema, em que as contradições entre esses níveis de organização resultam em produções de sentidos, e passam a constituir-se e mobilizar toda a complexa produção emocional e simbólica (González Rey,

2012). O cenário da interpretação é uma forma de englobar a complexidade das expressões dos participantes. A produção subjetiva da pessoa é organizada a partir de diferentes elementos presentes na história individual e nos aspectos sociais e culturais.

Os eixos temáticos foram desenvolvidos a partir do que foi se tornando mais significativo no processo da pesquisa. Com o decorrer das conversas, do completamento de frases e das histórias, alguns temas se tornaram mais evidentes e foram destacados para serem desenvolvidos. Este capítulo se organizou em 2 eixos fundamentais, sendo eles:

### **Eixo temático 1 – Participante Aline**

### **Eixo temático 2 – Participante Beatriz**

Os eixos se desdobram em construções sobre o modo de vida das participantes, como conduzem seu dia a dia e suas reflexões sobre os processos que envolvem sua depressão. Sobre isso, estabeleço considerações, produzidas a partir do relacionamento construído com as participantes, que serão desenvolvidas no decorrer das construções. Nos eixos foram desenvolvidas reflexões sobre o que significa maternidade para ambas, e o quanto isso está entranhado em suas ações. Além disso, discuti também a expressão desses fatores ao se depararem com um dos filhos com câncer.

Também foram realizadas considerações sobre o matrimônio e a sexualidade das participantes e a trama entrelaçada que se dá em relação a esses fatores. Torna-se muito complexa a discussão de seus processos subjetivos em relação a esses processos, pois o entrelaçar das subjetividades sociais e individuais que envolve matrimônio e sexualidade geram uma constante tensão com a qual elas precisam lidar frequentemente. Isso implica em sentimentos ambíguos e em muitos momentos confusos para as duas participantes. Fica perceptível que a subjetividade social está presente fortemente nos posicionamentos das duas e também de seus maridos.

São trazidas partes das conversas e dos completamentos de frases e histórias ao longo do texto, para que melhor se dê o entendimento sobre as experiências vividas e o que foi expresso pelas participantes. Os dados não são coletados, são produzidos e são inseparáveis da construção teórica; os mesmos adquirem significado dentro do sistema de construção. A discussão se dá a partir das construções das hipóteses e dos indicadores juntamente com a retomada de considerações teóricas de alguns autores.

Esse primeiro momento da construção da informação englobou o dia a dia das participantes. Aparentemente uma simples análise do cotidiano, das participantes, ao longo da pesquisa a análise foi se mostrando extremamente complexa, envolvendo sentidos subjetivos diversos e com tramas geradas pelas configurações subjetivas de depressão das participantes.

## 4.2 Eixo temático 1 – *Participante Aline*

Aline é dona de casa e passa a roupa de familiares para conseguir um dinheiro a mais além do salário do marido, que é quem mantém a casa financeiramente. Sua rotina está circunscrita a: arrumar a casa, lavar roupa, passar roupa, fazer comida, estudar e dar atenção à filha de 14 anos. Seus parentes e outras mães (que também perderam os filhos) constituem o círculo de convivência de Aline.

Aline convive pouco com essas mães pessoalmente, mas está sempre se comunicando com elas por meio de ligações, mensagens, e-mails e Facebook; o assunto é sempre o filho que faleceu. A convivência no hospital entre as famílias dos pacientes faz com que os parentes se ajudem, até mesmo quando há a morte de uma criança. Entre si, eles se comunicam, fazem as notícias sobre as crianças e seus parentes circulararem, e caso algum deles precise de uma doação de órgãos ou transfusão, há uma cooperação maior. Há também uma maior comunicação entre elas quando alguma criança conhecida morre. Nesses casos, Aline geralmente chora muito por alguns dias e passa a maior parte do tempo na cama, como descrito no trecho abaixo:

Sinto que somente uma mãe que perde o filho criança para o câncer pode entender o que eu passo e a minha dor, por isso mantenho contato com algumas mãezinhas de lá (Aline).

Aline mantém o contato com essas mães por se identificar com elas, na esperança de entendam o que está passando. Inclusive, relata que em alguns momentos, quando se encontram, passam horas falando de seus filhos, o que gera um certo tipo de “conforto”, de acordo com ela, por ver que “não é a única”.

Atualmente, sua convivência pessoal passa a ser quase que exclusivamente com sua família, indo em alguns finais de semana para a casa de seus pais, onde encontra também seus irmãos.

Foi encaminhada à psicoterapia pela assistente social que acompanhava o caso de sua família. Aline procurou inicialmente a psicoterapia para sua filha, mas sugeri que ela também iniciasse o processo e ela aceitou. As primeiras sessões foram concentradas em relatos sobre

como a filha era problemática por estar obesa, mentir e roubar o dinheiro de parentes para comprar comida.

Ao longo do processo psicoterapêutico, após algumas sessões, Aline começou a falar de si e de como estava encarando as situações. Os aspectos significativos foram aparecendo no decorrer dos avanços da relação terapêutica. Percebe-se que, inicialmente, não houve um reconhecimento por Aline de que ela também precisava entrar no processo psicoterápico, pois achava que somente a filha precisava. Está há pouco mais de dois anos em terapia, comparecendo às sessões com regularidade.

Atualmente, ainda sofre muito pela morte do filho e por ela ser obesa e cometer “pequenos delitos”. Sua filha rouba dinheiro dos parentes para comprar comida, geralmente algum doce ou algo calórico, além de destratar as pessoas constantemente.

Ela acha que o mundo gira em torno dela e que ela pode ser grossa e destratar todo mundo e está tudo bem, eu faço tudo por ela e não sei porque ela faz essas coisas, sou uma boa mãe (Aline se referindo à filha).

Esse foi o motivo relatado por Aline para que procurasse a psicoterapia, ajudar sua filha que estava com problemas relacionados à obesidade, ao roubo de dinheiro, a mentiras constantes e ao destrato de outras pessoas, inclusive dela mesma. Em vários momentos a filha não respeitava a mãe e o pai, gritando com os mesmos. Não há uma análise crítica de Aline perante essa situação, pois ela própria ajuda na manutenção do comportamento da filha, não se movendo para educá-la em seu papel de mãe.

No completamento de história 'o que faria se ficasse milionário', a maioria dos desejos de Aline eram voltados para realizar sonhos que eram do filho ou da filha. São poucos os desejos voltados para realizações pessoais ou de lazer. Aline não se reconhece como alguém que possa ser feliz ou que possa viver, pois seu dia a dia é sempre considerado uma obrigação.

Mesmo ao afirmar no completamento de frases: Tenho muitos desejos de... “conhecer lugares exóticos: vulcões, cavernas, cidades em ruínas, cidades e lugares históricos”, ela não considera os seus desejos como factíveis, mesmo se fosse milionária. Outra frase em que isso se confirma: Anseio... “por um futuro promissor para minha filha”, não se imagina tendo um futuro promissor e deseja isso a filha por se achar incapaz de ter o mesmo.

Após a morte de seu filho caçula, tudo o que fazia dizia ser em função da filha: “Tudo o que eu faço é pela minha filha, porque se não fosse por ela eu não veria motivo de estar viva”. Já pensou em se suicidar, mas não foi adiante por ser considerado pecado pela sua religião.

A saúde física de Aline também passa a ser um elemento que pode ser relacionado à configuração subjetiva depressão. Aline dorme muito pouco, tem insônia com frequência: “muitas vezes fico acordada sem conseguir dormir”. Adoece constantemente, chegando nas sessões com gripes, dores de cabeça e outros sintomas. Não pratica exercícios físicos e está acima do peso, configurando obesidade: “Não vejo motivo para cuidar de mim, a minha vida não tem sentido, sei que estou acima do peso, mas vou continuar assim”.

O desejo existe, mas não realiza nada no cotidiano para que se realize, ou seja, há planos sem concretização. A falta de sentido que sente em sua vida se apresenta como um fator imobilizador. Não tem vontade de fazer exercícios físicos, o que gera como um dos resultados a obesidade, que também se relaciona fortemente à sua autoimagem. Como resultado desses fatores, fica insatisfeita e deprimida com sua autoimagem e entra em um círculo vicioso, que é a expressão que resulta de sua incapacidade em gerar sentidos subjetivos alternativos que lhe permitam novos percursos na vida. Ela tem consciência de sua obesidade, ficou muito abalada quando se pesou e viu que havia passado dos cem quilogramas. Em algumas poucas frases, são expressas demonstrações de autocuidado, como: Gostaria... “de arrumar meus dentes”. Mas isso ocorre em raros momentos.

Em uma frase do complemento de frases: Nos últimos quatro anos... “tenho vivido apenas pra família, me esquecendo de mim, meu filho piorou muito”. Ela percebe que não tem vontade de viver, mas quando se toca no assunto de fazer algo para si, há uma grande resistência, mesmo que seja somente para ver um filme ou fazer uma comida que goste. Passa os dias desejando não acordar mais no dia seguinte, como já relatou em alguns momentos.

Ela está sem recursos subjetivos para avançar, está resignada. Aline precisa ampliar seu leque de possibilidades, que surge com novos sentidos subjetivos, com novos modos de encarar as situações por meio de uma ação e um posicionamento. É considerada obesa, mas não consegue mudar essa situação. O que nos mostra alguns fatores relacionados à configuração desses processos, que também aparecem em outras partes da conversação.

Recebe algumas críticas de parentes em relação ao seu autocuidado: “Eles ficam dizendo que eu tenho que me cuidar”.

Aline não tem vontade de se cuidar, pensa que precisa haver motivos para alguém cuidar de si. Se coloca em situação de vítima, em que algo externo precisa acontecer para que seja compelida a mudar sua situação, mas quer que o que venha seja “algo muito bom”. As razões expressas por ela para que passe a se cuidar já existiram em sua vida, e mesmo quando existiam, ela não se cuidava. “Eu não tenho motivos para me cuidar, minha vida não vale a pena”. Ou seja, suas justificativas nos levam a pensar que na verdade ela não se vê em condições de mudar, mas sim acha que ela mesma não vale a pena. Toda vez que ocorre algo considerado ruim, ela somente reforça seu posicionamento de que não tem motivos para melhorar, que a experiência somente mostra o quanto a vida dela não vale a pena.

Aline mora com o marido e a filha, quer o menor contato possível com o marido e os dois discutem com frequência. Ele bebe regularmente, muitas vezes perdendo a consciência e desmaiando. Aline compara o marido com seu pai com frequência, principalmente quando deseja mostrar o quanto o marido não exerce seu papel. Ela não considera a possibilidade dele mudar e fazer diferente, portanto não acredita que o marido possa ser melhor do que tem sido. Costuma criticar o marido, como se ele não tivesse qualidades; quando ele faz algo que ela gosta, logo ela diz que aquilo foi muito pouco e não dá valor à atitude do marido, como no trecho abaixo.

Estou cansada dele, fico com muita raiva dele não ter sido um bom pai para os meus filhos, eu tive um ótimo pai e fico muito sentida de meus filhos não terem tido o mesmo. Fico com raiva dele não ter sido bom pai para os meus filhos, ele perdeu a oportunidade (Aline).

Ela relatava no início da terapia que quando passasse em um concurso se separaria do marido, que ainda estava com ele por motivos financeiros. Tem uma situação financeira apertada, tendo sempre que calcular todos os gastos e economizar muito. Quando querem fazer algo “extra”, fora da rotina, geralmente pedem dinheiro a parentes. Novamente, ela se porta como vítima da situação, em que os outros tem que ajudá-la, inclusive financeiramente. Se coloca como incapaz de trabalhar e acredita que os outros têm obrigação de arcar com os custos disso. Ela não assume uma posição ativa perante sua vida, sendo levada pela corrente dos acontecimentos.



Durante a conversação sobre começar a trabalhar, expressou “tenho que me dedicar a minha filha, resolvi que este ano ainda ficaria por conta dela, depois eu começo a trabalhar”, Mas desde essa frase quase dois anos já se passaram e ela ainda não trabalha. Inicialmente, foi um posicionamento que considerei como razoável, devido à recente morte do filho, já que ela precisava realmente se dedicar a filha, que estava com muitos problemas. Mas depois de um ano, a filha já estava melhor em sua independência e não dependia mais de Aline como no início. O que se percebe é que a filha não era o único motivo pelo qual ela não trabalhava.

No completamento de história 3 (em anexo), que remete ao que Aline falaria para si mais nova, ela respondeu: “Faça cursos especializados, estude mais, priorize seu sonho de ser agrônoma, paixão não dá futuro para ninguém, procure agradar você primeiro para depois os outros, saiba organizar seu tempo: trabalhar, estudar, namorar”. Percebe-se que Aline deseja que tivesse focado mais na sua carreira profissional e que olhasse mais para si, acreditando que não deveria ter deixado os estudos. Em sua vida atual, mesmo tendo oportunidades de emprego e de estudo, não as aproveita, o que demonstra uma certa contradição com o “conselho” que daria para si mesma mais nova.

Já fez vários concursos, mas não mantém os estudos: “esse mês eu não estudei, me distraí com outras coisas, não consigo me concentrar nos estudos, fico pensando em outras coisas”. Aline está “estudando” para passar em algum concurso, mas muitas vezes passa dias inteiros sem fazer quase nada e relata não conseguir agir, mesmo tendo muito tempo livre. Quando teve uma oferta de um emprego em que poderia cuidar de sua filha e trabalhar no período em que a filha estivesse na escola, recusou a oportunidade. No trecho a seguir, fala a respeito:

Eu não quero sair de casa, quero só ficar isolada, a minha vontade não é cuidar nem de mim e nem de ninguém. A minha vontade é ficar o dia inteiro na cama só lembrando do meu filho. Como posso pensar em trabalhar e sair de casa, sendo que isso vai me fazer sair?! Não tenho vontade de viver, era melhor que eu estivesse morta. Minha vida não vale mais a pena. Eu não tenho nada, estou presa em um casamento falido, ninguém me ama, eu não sei o que é amor mais. (Aline)

Neste relato acima, pode-se levantar vários elementos relacionados ao seu estado depressivo: mal-estar e falta de vontade de sair da cama, frustração no matrimônio, falta de desejo de viver, não se sentir amada, aspectos que combinados expressam o estado

depressivo que a domina. Falar do trabalho não nos remete somente a uma questão financeira ou a ter tempo disponível para tal, mas sim no que se mostra por trás das expressões que manifesta. Somado a isso, ao completar 'Como você se imagina e imagina sua vida daqui a 10 anos', Aline disse:

Sinceramente... hoje não tenho ânimo para diversão, vivo na apreensão de educar minha filha e no marasmo de um casamento, que sequer faço força para melhorá-lo; e no objetivo de alcaçar uma fé sincera e encontrar meu filho na eternidade. No futuro, se caso eu consiga passar num concurso ou emprego fixo, proporcionar melhores condições para minha família e pra mim também, como arrumar meu visual.

Aline reduz a melhora de sua vida a possibilidade de passar em um concurso. No completamento, diz ser um grande desejo: Ainda... “vou conseguir um emprego público”; Minha principal ambição... “um emprego público”. A contradição se mostra ao analisar o dia a dia de Aline, que não realiza atividades que possam tornar essa realidade possível, como estudar para um concurso. Ela inicia os estudos, mas somente por poucos momentos. Aqui se percebe que o que ela declara não são projetos, são ilusões, pois ela não faz nada em sua vida para alcançar o que diz almejar. Isso é um indicador de depressão, o fato de manter uma expressão de desejo pela qual ela não se move para cumprir.

Ter um emprego público só pode se tornar realidade a partir do momento em que ela fizer as provas dos concursos e alcançar uma nota mínima para poder tomar posse. Mesmo sabendo disso, ela continua sem fazer o que ela mesma acha necessário, mas por trás disso há um emaranhado complexo de sentidos que se relacionam entre si.

Quanto mais ela sai do isolamento, melhor sentindo-se sente. Por esse motivo, incentivo que ela realize atividades em que tenha que sair de casa, como caminhada, ir à casa de parentes, ir ao supermercado, conversar com outras pessoas, levar a filha e sobrinhos a passeios. Conforme ela vai realizando outras atividades fora de casa, relata que vai se sentindo mais disposta e isso a incomoda: “como eu posso me sentir bem?! Isso não pode acontecer”. Carrega uma contradição de estar, mesmo que por pouco tempo, minimamente bem. A fala “sendo que isso vai me fazer sair”, que procede após o trabalho, levanta um trecho importante a ser destacado. O valor do trabalho está entranhado em muito mais do que um simples ganho financeiro. Todos esses elementos estão relacionados à configuração subjetiva depressão.

O trabalho poderia facilitar a emergência de novos estados psicológicos, como estar viva, se relacionar com outras pessoas, pensar em outras coisas, sair de casa, se sentir útil, mas isso inclui esquecer do filho em alguns momentos. O fato de esquecer o filho passa a ser algo importante nesse processo, como pode ser percebido na fala a seguir:

Hoje eu acordei e aconteceu uma coisa horrível! Passei horas sem lembrar do meu filho, isso não pode acontecer! Ele tem que ser a primeira coisa a vir na minha mente quando eu acordo! Fico me sentindo muito mal quando isso ocorre. (Aline)

Em quais outros momentos isso ocorre? (Psicoterapeuta)

Quando estou fazendo alguma tarefa, estudando, conversando com alguém, vendo filme, geralmente quando estou concentrada em alguma coisa. Não posso esquecer meu filho jamais, tenho que lembrar dele o tempo todo! (Aline)

Nesses momentos você se sente como? (Psicoterapeuta)

Ah, depende... muitas vezes estou fazendo alguma coisa que me prende a atenção, mas aí quando me lembro que esqueci dele bate uma culpa gigante, como que eu esqueci do meu bebê?! Até parei bastante de ver filme por causa disso, nada pode me tirar... pensar nele. (Aline)

Você percebe que deixa de fazer muitas coisas importantes porque se esquece dele nesses momentos? (Psicoterapeuta)

Sim, mas lembrar dele é mais importante do que qualquer coisa. Custe o que custar (Aline).

O relato acima indica claramente que ela tem consciência de que deixa de realizar várias atividades importantes em sua vida por medo de esquecer do filho nesses momentos. Evita intencionalmente qualquer atividade que propicie momentos em que se esqueça dele. Esse comportamento não é algo que ela pode controlar racionalmente, sendo mais uma expressão da configuração subjetiva atual responsável pelo sofrimento. Somente ajudando Aline a abrir novos espaços de socialização, novas atividades e responsabilidades, que uma nova configuração, associada a um novo modo de vida, poderá emergir.

Aline associa os únicos momentos bons de sua vida com seu filho, expressando no completamento de frases: Ser mãe... “nascer de novo... conhecer o amor sublime... enxergar e sentir Deus... aprender a amar além da vida”. Ser mãe para Aline se mostra como a melhor coisa que ocorreu em sua vida, o que gerou o sentimento de amor. Também gerou emocionalidade em relação aos seus filhos, como o “amor sublime”. Se refere ao “amar além da vida” pelo amor que diz sentir pelo seu filho que faleceu e que é o único fator que a faz seguir em frente, “a esperança de encontrar ele na eternidade”.

Azevedo e Arrais (2006) se referem ao mito da mãe perfeita como algo embasado nas crenças sobre maternidade, que dão a impressão de algo tradicional e natural. Carregando a ideia de que a maternidade é inata ao feminino, o que supõe que ela é a melhor capacitada no cuidado dos filhos. Mas com a entrada cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, há um conflito em relação a esse cuidado exclusivo da mãe em relação aos filhos, em que “o homem adquire o privilégio do exercício da paternidade voluntária, enquanto a mulher se submete a maternidade obrigatória” (p.274). É o que podemos notar na fala de Aline:

Ele não ajudou em nada no tratamento do meu filho, raramente foi ao hospital, nem para cuidar da casa. Tive que deixar minha filha com minha irmã porque não podia deixar com o pai dela. Durante o dia-a-dia ele também não ajuda nos afazeres e em poucos momentos na criação da nossa filha, como se a obrigação fosse só minha (Aline).

Essa raiva de Aline pode ser direcionada não somente ao marido, que não participou da criação do filho, mas também aos médicos da criança e em muitos casos a Deus, por ter permitido uma situação como essa: “fiquei com muita raiva de Deus por ele ter levado meu filho, meu filho era tão maravilhoso, não merecia isso” (Aline). Ou ainda raiva de si mesma (culpa) por achar que não cuidaram ou protegeram o seu filho o suficiente.

Aline relata que o segundo momento mais difícil de sua vida foi o diagnóstico e tratamento de câncer de seu filho mais novo. O momento mais difícil, segundo ela, foi a morte do filho, há quase dois anos. Tem muita raiva pela perda do filho e relata ter constantes “desatinos com Deus”. Sempre relembra o tempo passado no hospital e pensa se havia algo que poderiam ter feito para salvar seu filho. Quando vê alguma notícia sobre tratamentos de câncer fica com muita raiva de não terem tentado aquele tratamento em seu filho> “será que se tivessem tentado esse tratamento meu filho estaria vivo hoje?!”. Já chegou a culpar os médicos e a equipe pela morte do filho: “eles tinham que ter tentado mais, ter visto algum tratamento que poderia ter sido feito, fico pensando se eles eraram em alguma coisa”.

O foco passa a ser a criança adoecida, tornando tudo em volta secundário ou até mesmo irrelevante. Com isso, pode acontecer dos familiares que cuidam da criança deixarem os outros filhos de lado ou mesmo os entregarem para serem cuidados por outras pessoas, ainda que temporariamente. Aline relata que o tratamento do filho mudou totalmente a rotina

da casa, pois passava meses com o filho no hospital. Sua filha morou, neste período, com sua irmã. Demonstrou ter muita raiva do marido, afirmando que “ele nunca foi um bom pai”, por ter estado quase que totalmente ausente durante o período de enfermidade do filho, por ser alcoólatra e também por não ter aproveitado o filho enquanto ele estava vivo. Esse movimento em relação aos outros filhos também pode resultar em culpa e em uma sensação de que os outros filhos foram abandonados, mesmo que parecesse ter sido a melhor solução à época, conforme fala a seguir:

Eu não podia deixar minha filha em casa com meu marido, ele estava bebendo muito, deixei com a minha irmã, fico com a sensação de que ela acha que eu a abandonei naquela época, mas eu não tive outra opção. Passava dias direto no hospital sem voltar para casa, quem me levava roupas e me ajudava era a minha irmã, meu marido foi poucas vezes ao hospital, nem se oferecia para ajudar a cuidar da nossa filha. Foi nessa época que minha filha começou a engordar, eu não tinha como ajudar, mas acabo pensando que se eu tivesse feito diferente ela poderia estar melhor (Aline).

Aline relata, em outros momentos, que se sente culpada de ter deixado a filha aos cuidados da irmã, ainda que tenha a certeza de que a irmã fez o melhor que pôde. Mas sente mal-estar por achar que a filha se sentiu abandonada. O trecho “eu não tive outra opção” exprime uma fala que ela repete com frequência e que dá a impressão, pela expressão física que demonstra, de que ainda tenta se convencer disso, pois não tem a certeza. Um dos maiores motivos dela ter procurado a psicoterapia foi por se sentir culpada achando que não ajudou a filha quando ela precisava. Como é possível perceber no trecho do completamento de frases, Fracassei em... “não saber lidar com minha filha enquanto eu cuidava do meu filho” (Aline).

Ela teve apoio familiar durante o tempo de tratamento do filho, em que a família cuidava da filha mais velha e a ajudava com o filho que estava frequentemente internado ou fazendo tratamentos variados por causa do câncer. Atualmente, sua família ajuda muito com sua filha, por exemplo ao buscá-la para eventos da família e ao levá-la a passeios diversos. Também a apoiam em vários momentos, como em datas comemorativas ou de óbito do filho. Os poucos momentos em que Aline sai de casa, em sua maioria, são para conviver com a família. Os familiares de Aline, inclusive, incentivaram-na a iniciar a psicoterapia.

Depois da morte do filho, Aline passou a dizer que estava focada somente na filha. Raramente saía de casa e quando o fazia era para levar a filha a algum lugar. Se sentia culpada em “continuar sua vida”, então evitou por muito tempo eventos familiares, festas, passeios e até mesmo ofertas de trabalho e estudo. Aline evita festas de família ou conhecidos por terem pessoas se divertindo e demonstrando atitudes felizes. Às vezes... “prefiro me isolar, do que forçar sorrisos, qnd (abreviação utilizada pela participante) na verdade choro por dentro” (Aline). O isolamento passa a ser algo rotineiro, o que é típico da depressão.

Aline relata a falta que sente de receber carinho: “ninguém me dá carinho mais, meu filho passava a mão no meu rosto, gostava de estar comigo, ninguém mais faz isso. Ninguém me ama, eu não recebo amor”, o que diz muito não somente da falta que sente do filho, mas da falta que sente de ser percebida, acariciada e notada. Isso revela a sua incapacidade atual para sentir amor, e a sensação de que ninguém gosta dela, mesmo quando tem demonstrações de afeto: “a minha filha diz que eu sou a coisa mais importante que ela tem”. É essa capacidade geradora de sentidos subjetivos que não lhe permitem se sentir amada, o que é uma parte importante da configuração subjetiva da depressão. Não são os fatos que realmente acontecem ao seu redor e sim o seu modo de lidar com as situações. É como se ela não considerasse essas demonstrações de carinho, principalmente por não se achar digna de tais, inclusive nem dela mesma.

Percebe-se que essa forma de Aline de gerar o que sente a leva a continuar deprimida. Os fatos não são sentidos pelas pessoas de acordo com as situações que ocorrem, mas sim gera-se o que se sente, pois os sentimentos advêm da relação que se dá de acordo com o produzir de cada indivíduo. Não há uma linearidade ou uma previsibilidade sobre como outra pessoa vai se portar perante um acontecimento, porque isso depende de fatores complexos geradores dos sentidos subjetivos de cada um.

Aline não cogita uma vida separada do marido pela possibilidade de poder ser uma vida melhor do que a que ela tem hoje: “acho que eu poderia ter uma vida mais tranquila se fosse só eu e minha filha”. Há uma certa autopunição por achar que esse é o modo que a deixará para sempre “honrando” a morte do filho, pelo fato de estar mal. É importante lembrar que esse “honrar” nos remete a uma desculpa que é socialmente aceita, como percebe-se no trecho a baixo:

Aline que bom que neste momento você está se sentindo tranquila, agora como pensa em fazer para manter isso? (Psicoterapeuta)

Não acho que vá durar, sempre acaba acontecendo alguma coisa que faz isso mudar. (Aline)

Como assim? (Psicoterapeuta)

Não acho certo eu ficar bem sabe?! Não é certo com meu filho... parece que quando estou bem eu estou fazendo mal a ele, esquecendo dele (Aline)

Você acha que ficando bem vai fazer o que a ele? (Psicoterapeuta)

Não vou respeitar ele. (Aline)

Ela se sente presa a um casamento “falido”, “eu não posso separar dele, prometi ao meu filho que eu ia tentar continuar casada, prometi isso no túmulo dele”. Isto aparece como indicador da conservação do matrimônio por culpa. Como expresso na fala acima, pode-se entender que ela acha que vai desrespeitar o filho ao se separar do marido. Ela continua em um relacionamento que a deixa mal em vários momentos por uma promessa que fez no túmulo do filho, como se honrasse o filho continuando casada com o pai dele. Ela relata:

Quando ele chega bêbado em casa e só vai para o canto dele dormir eu nem me importo mais sabe?! Mas quando ele começa com as chatisses dele... Eu fico furiosa e depois me sentindo super mal. Me sinto mal principalmente quando ele faz de xingar a minha filha... Acho que se eu tivesse um emprego ia ficar muito tentada a separar dele... aí ... não ia dar certo... (Aline)

Esse fator também está relacionado à não aceitação de trabalhos, porque ela sabe que a vontade de se separar vai ser muito grande quando tiver uma independência financeira, podendo “correr o risco” da separação. Isso mostra que Aline de certa forma “foge” das situações que podem gerar recursos subjetivos e uma nova realidade para sua vida, uma realidade na qual ela seja ativa. Relacionado a isso, ela escreve no complemento:

Costumo... “imaginar cenas de situações do meu cotidiano, mas com o desfecho que gostaria que fosse”

Minha vida... “ainda caminha lentamente”

Um fator importante a ser levantado é o fato de que mantém a filha de 14 anos dormindo com ela, mesmo que a filha peça para voltar a dormir em seu próprio quarto. O trecho a seguir mostra a fala em que ela se justifica por manter a filha dormindo no quarto com ela:

Como eu vou fazer com ele dormindo junto comigo?! Ele sabe que se ele bebe não pode me perturbar, mas como eu vou fazer nos outros dias?! Eu sei que não é certo com a minha filha, mas não posso deixar ele dormir comigo (Aline).

Aline, quanto tempo mais você vai usar sua filha como escudo para não lidar com o seu relacionamento com seu marido? (Psicoterapeuta)

Não quero que ele chegue perto de mim, imagina ele no mesmo quarto que eu?! Eu ia ter que dar satisfações, deixa ela dormindo comigo que isso não vai ocorrer, está melhor assim. (Aline)

Sua filha dorme em seu quarto e em sua cama, sendo que o marido dorme no quarto da filha, o que nos mostra um indicador de que o marido é compreensivo em alguns momentos. Nesses momentos Aline usa a filha como uma barreira para que não lide com suas próprias dificuldades com o marido e também para evitar o contato sexual com ele. Tal atitude é séria e posterga conversas necessárias, mesmo que isso prejudique a própria filha. Aline evita ter um posicionamento sobre a situação com o marido mesmo que isso interfira na liberdade e desenvolvimento da filha. De certa forma, utiliza a filha como desculpa para vários outros fatores de sua vida, como explicitado em outros momentos da conversação.

Mantém a filha dormindo com ela com o discurso de que a filha precisava disso por ter medo de dormir sozinha. Mas agora a filha não tem mais medo, sendo que quem está com medo de lidar com as situações é ela mesma. O medo é entendido aqui como raiva do que não se pode controlar. Ela tem raiva por não poder controlar a situação com o marido. Como ela se coloca como vítima, os outros têm que se mover de acordo com o que ela pensa ser o melhor e o certo, independente do que isso acarrete em termos de prejuízos para os outros, como é o caso da filha.

Aline evita dormir na mesma cama do marido para evitar qualquer estímulo sexual que possa existir. Relata que deixou de sentir estímulo também pelo parceiro não corresponder às suas expectativas. O fato do marido beber já se torna uma prerrogativa para que ele nem fale sobre o assunto: “ele já sabe que quando bebe eu nem vou querer nada com



ele” (Aline). Relacionado a isso, Aline no completamento de frases, escreve:

Frequentemente... “penso em separação/divórcio”

Meu principal problema... “o vício do meu marido”

Eu me irrita... “com o cheiro da bebida e do álcool”

A visão que tem dele como marido está entrelaçada à perspectiva “pai dos meus filhos”. No caso de Aline, ela passou a não desejar mais ele como marido a partir do momento em que foi se desapontando com suas atitudes. A decepção que ela relata ter sofrido com ele como pai está relacionada ao modo como passou a vê-lo como homem. Como ela não se posiciona perante ele em relação aos seus desejos ou falta dos mesmos, acaba gerando frustração, mas sem ter atitudes em que se posicione.

Aline relata estar frustrada quanto à sua sexualidade. Em alguns momentos suporta a situação sexual de não se excitar para satisfazer o parceiro e para “acabar logo com aquilo”: “eu fico querendo que acabe logo, sei que tenho obrigação como esposa, mas se eu pudesse eu nunca mais fazia” (Aline). Como nas subjetividades sociais brasileiras em geral, há um grande apelo sexual e qualquer diminuição na vontade de fazer sexo, como no caso abordado, ocasiona problemas no relacionamento com o parceiro. Nos relatos, percebe-se que há uma cobrança frequente do respectivo parceiro.

Só a minha filha sair de casa que ele já chama, muitas vezes eu fico com muita raiva disso. não acho bom e nem gosto, na verdade me sinto usada, não sinto prazer. Teve uma vez que fiquei com muita raiva dele. Estávamos voltando do cemitério, havia 1 mês que não fazíamos, claro! né?! Mas ele forçou tanto que eu acabei dando brecha para ele ir e acabar logo com aquilo, fiquei me sentindo uma boneca. Depois que ele foi e terminou, virei para o lado e comecei a chorar. (Aline).

No caso de Aline, o sexo não é considerado algo prazeroso, e sim algo que incomoda, e mesmo a ideia ou pensamento sobre sexo para ela é desconfortável, pelo caráter desrespeitoso do marido. Mesmo com todos esses fatores envolvidos, a “obrigação”, que consideram como forte, parece gritar mais alto perante essas situações. Ou seja, sua produção subjetiva em relação ao sexo passou a ser relacionada sempre a algo que gera mal-estar.

Outro fator a ser ressaltado é o quarto do filho ainda estar mantido como era quando ele estava vivo, inclusive a decoração, as roupas e os brinquedos. Aline tem um grande apego ao quarto do filho, não deixando que os outros mexam muito nas coisas que estão no quarto:

Eu deixo tudo limpinho, arrumo o armário dele, dobro as roupas, tem os brinquedos dele. Não gosto que os outros mexam nas coisas dele ou fiquem muito tempo no quarto dele, é o quarto do meu bêbe. Meu filho era um anjo que veio na minha vida, todo mundo gostava dele e reparava nele, ele era alegre. Sou muito privilegiada de ter sido mãe dele. Às vezes vou para o quarto dele e fico ali por horas... fazendo nada. Eu sei que preciso dar algumas coisas, tipo brinquedos e roupas, mas fico pensando... que vou começar a esquecer dele, e como vai ser se eu ver a roupa dele em outra criança!? Tenho muita raiva de Deus ter tirado ele de mim, meu filho era tão bom, fazia tão bem para todos que conheciam ele, porque Deus tirou ele de mim? Só eu sinto a falta do meu filho! As outras pessoas não tem respeito! Ficam sorrindo por aí sendo que meu filho morreu. Me dá vontade de brigar com todo mundo por não terem respeito com meu filho e ficarem sorrindo (Aline).

Toda essa raiva que ela sente é por não ter afetos que lhe permitam gerar outros tipos de emoções, sendo a situação que está que gera raiva e sofrimento. Esse fator faz com que ela se coloque em uma posição de vítima, em que o problema sempre vai estar em algo que não seja ela mesma, o que dá o “poder” de mudança sempre para algo externo, pois se ela se considera uma vítima e acredita que não há o que possa fazer para mudar as situações de sua vida. Entra então nesse ciclo de raiva e desresponsabilização pela configuração subjetiva que domina seus estados atuais, frente aos quais não pôde gerar sentidos subjetivos alternativos. Como se tudo que estivesse errado fosse responsabilidade de algo externo a ela, seja sua saúde, o comportamento da filha e do marido, a situação financeira, entre outros. No completamento de frases relacionado a isso escreve: Sinto raiva... “de quando meu marido bebe, quando minha filha mente e debocha de nós, quando sou acusada de alguma coisa que não tenha feito”.

Em alguns momentos ela relata sentir raiva de pessoas que têm atitudes felizes ao seu redor, por meio de gargalhadas ou de simples sorrisos. Aline já chegou a pedir para a filha que não risse alto quando estivesse em casa. Quando a filha quer dançar ouvindo música também tem que fazer isso de modo privado, para que a mãe não veja. Leva as demonstrações de felicidade dos outros como se fosse uma ofensa direcionada a ela. Frequentemente, nas conversações, surgem comentários como este: “como podem estar felizes se eu estou assim?!” (Aline), o que é mais um indicador sobre o seu posicionamento de vítima por meio do qual quer controlar os que a rodeiam, mesmo que esse não seja um propósito consciente. Ela passou a frequentar mais a casa de parentes há pouco tempo, tendo ficado por vários meses isolada e sem sair de casa por esse mesmo motivo, de evitar encontrar pessoas felizes:

Eu não via motivo para sair de casa, sempre que saía eu via pessoas felizes, como poderiam ter pessoas felizes sendo que meu filho morreu?! isso me dava muita raiva. Principalmente quando eu ia na casa dos meus parentes, como podem eles estarem bem?! Ficava com muita raiva deles por isso, eles deveriam estar mal! (Aline).

Por muito tempo teve raiva quando via alguém feliz ou simplesmente sorrindo: “como pode alguém estar feliz se perdi meu filho?! as pessoas realmente não tem respeito!” (Aline). Houve muitas brigas em casa ao ouvir a filha cantar ou sorrir: “acho uma afronta, fico com muita raiva quando ela faz isso! Parece que nem sente falta do irmão, é como se para ela nada tivesse acontecido” (Aline). Mesmo que a filha demonstrasse sentir muita falta do irmão, para Aline ver alguém sorrir significava uma falta de respeito para ela e o filho.

### **Breve conclusão Participante Aline**

Aline tem consciência de boa parte de seus processos depressivos e admite que apresenta comportamentos que a mantêm nesse modo de funcionamento. Percebe-se também que quando ela consegue realizar movimentos em prol de uma melhora, mesmo que momentânea, logo recua por achar que está fazendo mal ao filho falecido.

Ao se analisar tais fatores, percebe-se que ela está presa à configuração depressiva em que culpa, raiva e tristeza são repetidas cotidianamente. Não há um posicionamento novo perante a vida e seu modo de agir, exatamente por não produzir novos sentidos subjetivos, o que a mantém exatamente do modo como está, sem recursos subjetivos para agir diferente. O que representa uma expressão da configuração depressiva que engloba várias áreas de sua vida. Casamento, autocuidado, maternidade, sexualidade são aspectos que, de modos diferentes, aparecem na configuração subjetiva da depressão.

A perda do filho foi um elemento forte nesse processo, mas essa configuração se mantém viva no momento atual da vida por outros conflitos e tensões que se articulam na produção dos sentidos subjetivos da depressão, levando a uma “bola de neve” que não para de crescer. Sente-se mal com o marido, por isso nada em relação a ele a estimula; cuida obsessivamente a filha, mas não tem uma única fala de algo prazeroso que tenha feito com ela. Essa depressão leva Aline a uma total passividade, que por sua vez a leva à obesidade,

rejeitando sua própria figura. É precisamente essa produção inter-relacionada e em processo de sentidos subjetivos que caracteriza sua depressão atual.

### 4.3 Eixo temático 2 - *Participante Beatriz*

Beatriz chegou à terapia por encaminhamento do serviço de assistência social que acompanha o filho, que está doente com câncer. O encaminhamento se deu para que ela tivesse melhores condições psicológicas para enfrentar o tratamento do filho e seu possível falecimento, pois o tipo de câncer que ele tem é muito agressivo e de difícil cura.

Beatriz tem uma situação econômica apertada e trabalha “somente quando dá” (Beatriz), pois acaba tendo que se dedicar muito ao filho doente, cuidar da casa e das outras duas filhas. Mora em uma cidade muito violenta e tem muito medo, pois seu cunhado já foi morto a tiros perto de sua casa. Sua rotina engloba sempre cuidar de alguém da família que está doente, como seu pai, filhos, irmãos, cunhados, entre outros, todos sempre recorrendo a ela quando precisam de ajuda.

Sempre se refere ao pai como alguém carinhoso, mas submisso à mãe, que nunca a protegeu. Sua mãe é alcoólatra, e segundo ela sempre bateu nela e na irmã, mas na irmã menos porque Beatriz a protegia para que não “sofresse o mesmo que ela” (Beatriz). Sua infância foi repleta de maus tratos gerados pela mãe e episódios de abusos gerados pelo pai de uma amiga e por homens mais velhos que conviviam com ela. Falou, em alguns momentos, que não tinha noção disso quando era mais nova: “fui ganhando mais malícia quando fui ficando mais velha e fui vendo o quão horrosa as coisas que eles faziam”. Relacionado a isso, expressou: “o papel de mãe é proteger os filhos, minha mãe não fazia nada. Deixava a gente largado”.

Houve momentos de sua vida em que se revoltou muito contra a mãe, mas que não conseguia ter nenhuma atitude perante ela e acabava se mantendo quieta. Reclama com frequência que a mãe não a ama e que somente ama o irmão.

Meu irmão sempre foi o filho preferido. Ele podia tudo e nós duas nada. Tudo que eu fazia era ruim e meu irmão podia fazer qualquer coisa que ela (se referindo a mãe) sempre achava maravilhoso o que ele fazia, mesmo que fosse algo errado. Tenho muito ressentimento dela por isso, as vezes até raiva. Eu sei que a gente tem que amar nossos pais, mas eu não amo a minha mãe. Isso eu tô falando para você porque sei que não vai achar que sou ruim. Em muitos momentos eu tinha vontade de sair correndo ou falar alguma coisa, mas a voz não saía. Aí na hora que ela precisa, quem sempre está lá para ela? Eu! Meu irmão não está nem aí. Eu até criei a minha irmã para ela, cuidei dela desde bebê. (Beatriz)

Ela não se sente reconhecida pela mãe e diz não ter valor para ela, o que a deixa frustrada. Faz de tudo para que seja reconhecida pela mãe, e como não há esse reconhecimento, tem uma carência emocional. Junto a isso, não teve apoio do pai, o que a fazia se sentir mais incapaz perante a situação. Relata momentos em que sentiu um mal-estar em algumas situações com a mãe. Desejava falar, mas a voz não saía, o que mostra claramente uma paralisação, em alguns momentos até física, como no trecho “a voz não saía”. Falta recursos subjetivos para avançar e se posicionar perante a mãe.

Esses fatores ressaltados acima nos mostram um indicador de contradição. Ela quer o reconhecimento da mãe, mas não a ama. A relação da mãe se conforma de modo contraditório. No trecho “eu sei que temos que amar nossos pais, mas tenho certeza que não amo minha mãe” há fatores importantes a serem considerados. Está configurado na subjetividade social que temos que amar os pais e filhos, e quando se tem a consciência de que isso não ocorre, a pessoa geralmente se sente culpada por isso. Inclusive na fala dela, ela se justifica dizendo que sabe que “temos que amar nossos pais”, há uma obrigação implícita. Como se o fato de não amar a mãe pudesse fazer dela uma pessoa ruim. Relatou o sentimento por se sentir bem e acolhida durante o processo terapêutico, e saber que não haveria julgamento naquele momento.

Ao falar sobre a irmã sempre se refere à mesma como se fosse sua filha, pois, como a mãe ficava impossibilitada na maior parte do tempo por causa da bebida, ela acabava cuidando da irmã. Desenvolveu, em relação à irmã, uma emocionalidade maternal. Cuidava da irmã quando ainda era adolescente, mas não a via como um peso na vida dela, fazia pela importância da irmã receber os cuidados necessários. Isso mostra que não tinha raiva por ter que cuidar da irmã, mas sim raiva pela negligência de sua mãe. Mesmo ainda sendo adolescente, tinha a percepção da importância dos cuidados com a irmã, tendo muito carinho pela mesma. Isso também mostrou a capacidade de Beatriz de gerar sentimentos em relação à irmã mesmo com a situação da mãe, produzindo sentimentos que denotam uma certa proteção maternal.

Desde a infância, as meninas são 'treinadas' para serem: boas mães, amáveis, tranquilas, equilibradas, acolhedoras e femininas em tempo integral, além de serem “capazes” de sacrifícios (Azevedo & Arrais, 2006). Há uma ideia romanceada nas subjetividades sociais brasileiras sobre a maternidade que tem sua base em um padrão que não permite sentimentos

ambíguos, em que a mãe tem que necessariamente fazer de tudo pelos seus filhos. Beatriz conseguiu superar o “modelo materno” que recebeu da mãe fazendo diferente com sua irmã e com seus próprios filhos. Demonstra ser uma mãe protetora e carinhosa, que está disponível aos filhos. Ela gerou sentimentos carinhosos em relação à irmã e aos filhos. Foi capaz de construir novos sentidos subjetivos que a fizeram ter um outro leque de possibilidades em seu modo de se posicionar perante 'ser mãe'. Atualmente, a irmã tem 17 anos e já está casada. Beatriz fala abaixo:

Meu bebê já está casado sabe?! Mas o que não entendo é porque ela continua com ele sendo que ele bate nela. Ela sabe que pode ficar comigo, que eu vou cuidar dela. Quando dá as crises dele, ela vem correndo para cá (apontando para ela), a gente (se referindo a ela e ao marido) faz de tudo por ela, deixa ela ficar em casa e cuida de tudo para ela conseguir sair dele. Mas depois de uns 2 dias ela volta para ele. Fico revoltada!

Pela proteção que tem em relação à irmã, passa a ser plausível sua raiva ao ver que a irmã vai voltar para um marido violento. Como relata em outros momentos, Beatriz se sente responsável pelo cuidado com os familiares, como demonstrado no trecho abaixo:

Faço tudo pelos outros e ninguém agradece sabe?! Não sei porque insisto em fazer isso, me desdubro em várias, deixo de fazer as minhas coisas para ajudar os outros e não tenho nem um obrigada de volta. Isso é muito frustrante. As vezes deixo até de trabalhar para ir ajudar alguém, e olha que a situação financeira lá em casa tá difícil hein!? Toda vez que deixo de trabalhar é um dinheiro de alguma dívida que deixamos de pagar. (Beatriz)

Quais ganhos você tem fazendo isso? (Psicoterapeuta)

Pensando aqui nenhum, só prejuízos, porque o reconhecimento eu não tenho. Mas não sei dizer não. (Beatriz)

Até onde está disposta a ir quando os outros pedem as coisas para você? (Psicoterapeuta)

Não sei... Fico me sentindo trouxa... O que sei é que me prejudico muito com isso. (Beatriz)

Reclama que sempre tem que cuidar dos problemas dos outros, tanto da família dela quanto a do marido. Culpa os familiares pela falta de tempo, pois segundo ela “jogam” os problemas em cima dela, fazem fofocas e a prejudicam muito. Além de tomar como responsabilidade todo o cuidado familiar dos outros parentes, acaba sempre se frustrando por não ter nenhum reconhecimento das suas “boas ações” perante sua família e a família do marido. O valor da importância que o outro tem para ela passa a ser um fator muito forte em

sua emocionalidade. Os critérios de reconhecimento que ela desenvolve são externos a ela, dependentes da atuação de outras pessoas, o que necessariamente gera frustração e o sentimento de vazio.

Teve um primeiro casamento com o pai de seu filho mais velho e afirma que sofreu muitos abusos, que ele batia muito nela. Saiu desse casamento quando seu filho ainda era bem pequeno. Em seu primeiro casamento, sofria constantes ameaças do marido, que batia nela, a traía com outras mulheres, era muito ciumento e não ajudava na criação do filho. Atualmente, é um pai ausente, que não ajuda nos cuidados com o filho e só o vê algumas vezes ao ano e não investe na pensão. Beatriz relata a respeito:

Ele me maltratava muito, mas não dava para entender, uma hora ele estava bem, dizia que me amava e outra hora ficava bravo com qualquer coisa. A gota d'água para mim foi um dia quando meu filho estava perto e ele começou a me gritar e me empurrar... meu filho era pequeno ainda, devia ter uns 2 anos. Aí meu filho veio da cozinha com uma faca na mão dizendo para o pai parar de me bater que se não ele iria matar ele... Aquilo para mim foi muito chocante! No mesmo dia mais tarde quando o pai dele saiu de casa, eu juntei tudo o que consegui e fui embora para casa da minha mãe (Beatriz).

Justifica que ficou um tempo com ele porque era apaixonada, mesmo sofrendo lesões físicas e morais. A realidade de contínuos abusos se mantinha primeiramente com a mãe e depois com o seu primeiro marido. Mesmo tendo vários problemas com a mãe, acabou saindo da casa do marido e indo para a casa dela. Passou um tempo na casa até conseguir seu espaço para morar sozinha com o filho.

A violência faz parte de uma produção subjetiva dela que acaba aparecendo em seu primeiro casamento. Primeiramente a violência vivenciada com a mãe, e depois constante no casamento, juntamente com sua significação das situações, gerou um parâmetro de que esse tipo de comportamento dos “amados” por ela fosse algo “normal”. O que fez com que Beatriz continuasse e mantivesse por mais tempo o relacionamento com o marido. Mesmo com todos esses fatores, ela foi capaz de tomar uma decisão quando a violência afetou seu filho, o que nos mostra um importante indicador de que tinha força para empreender novos caminhos de vida.

Atualmente, Beatriz trabalha alguns dias por mês como cabelereira e manicure do salão que montou na frente de sua casa para que pudesse cuidar dos filhos enquanto trabalhasse. Outro indicador importante de um posicionamento ativo frente à vida, que unido



a sua capacidade de se preocupar e cuidar da irmã, e à disposição dela e de seu marido em acolher a irmã em casa, mostraram que ela consegue dar conta de sua vida, de elaborar alternativas e também que seu relacionamento atual é bom, pois o casal conversa e toma decisões juntos sobre os acontecimentos.

Montei o salão em casa para conseguir fazer as coisas e ficar de olho nos meus filhos, meu marido me ajudou a montar o salão. Meu sonho é fazer enfermagem obstétrica, poder ajudar os outros, sou encantada com o nascimento e parto, acho lindo a experiência... foi muito bonito quando acompanhei o parto da minha cunhada. Mas sei que isso está muito longe, ainda não terminei nem o ensino médio. Muito difícil conseguir voltar a estudar, porque toda vez que toco no assunto meu marido dificulta, sempre tem desculpas em que não posso estudar. Eu sempre apoiei que ele estudasse e terminasse a faculdade dele e os cursos que ele tem que fazer, mas toda vez que eu falo nos meus estudos ele coloca dificuldades, inclusive para que eu tirasse a carteira (de motorista) foi um custo. Sempre acabo cedendo a tudo o que ele quer em relação a isso e acabo ficando muito mal por não conseguir avançar. Não tenho estudo, isso faz de mim uma ninguém (Beatriz).

Ela tem boa relação com a cunhada (esposa do irmão), como indicado no trecho acima. Se sentiu muito bem ao acompanhar a cunhada em seu parto. Tem o sonho de estudar enfermagem, mas não terminou o Ensino Médio, pois diz que o marido dificulta a situação sempre que fala em estudar. Diz também que sempre acabou cedendo às vontades dele em relação a esse assunto, mesmo que sofresse com as decisões. Mas percebe-se que tem poder de negociação com o marido, já que conseguiu tirar a carteira de motorista. O que nos mostra que a frase “sempre acabo cedendo a tudo o que ele quer” não reflete uma realidade absoluta vivida por ela, pois tem a capacidade de negociação com esse marido. Beatriz, no complemento de história, também menciona que quer continuar os estudos e focar na vida profissional.

Voltaria aos meus 15 anos, onde começou realmente as coisas acontecerem, pq eu falaria pra mim mesma estudar, trabalhar ser alguém e acima de tudo nunca ter filhos, e nunca acreditar no “amor”, porque ter filhos e um amor incondicional que nos faz sofrer além do que pensamos nos faz feliz mais do que imaginamos, mas se existe dificuldades a vida fica mais difícil, e o amor porque não vale a pessoa sofrer amar alguém, vc nunca se tem valor e nunca é correspondida nisso. Daí eu iria estudar trabalhar ser uma mulher independente, mas com amigos e família. (Beatriz)

Pode-se elencar vários fatores importantes desse trecho, como: a falta de estudo; não se considerar como “alguém”; não querer filhos; ter uma visão distorcida do amor; sofrer por “paixão ”; atribuir as dificuldades que tem por ter constituído uma família; atribuir a outra

pessoa o poder de dar seu valor; e achar que a vida ideal seria uma vida de carreira profissional com espaço para amigos e família (sem filhos ou parceiro). Mas, atualmente, demonstra ser apaixonada pelos filhos, em alguns momentos inclusive relata que “não sei se consigo viver sem eles”, indicando que é uma boa mãe.

Precisa-se levar em consideração que no momento em que ela fez o completamento de histórias estava com dificuldade de relacionamento com seu marido e tratando questões de doença do seu filho mais velho. Tinha que dividir sua jornada diária com o cuidado da casa e das filhas, levar o filho ao hospital para consultas e tratamentos, além de ter vários momentos de briga com o marido e problemas em sua família (irmãos e pais), quase não conseguindo dormir ou comer. Esse foi o momento gerador da crise, em que ela não foi capaz de produzir recursos para transitar nesse momento e com isso apareceram os sintomas.

Percebe-se que ela associa seus problemas ao casamento e aos filhos, afirmando que sua vida estaria muito bem se não tivesse escolhido se casar e ter filhos. Isso indica outra contradição em seu posicionamento, pois expressa que amar significa sofrer. Considera que ter filhos é “que nos faz sofrer além do que pensamos, nos faz feliz mais do que imaginamos”. Também exprime que “não vale a pessoa sofrer amar alguém, você nunca se tem valor e nunca é correspondida nisso”, assim como não se percebe como alguém de “valor”, logo conclui que não será correspondida. Beatriz não se vê digna de ser amada em um relacionamento que não seja com seus filhos, portanto não acredita que alguém a ache boa o suficiente para amá-la.

Importante destacar que ela tem a consciência de que suas escolhas interferem na sua condição atual, no seu modo de vida. Ou seja, considera que suas decisões são essenciais na construção de sua realidade. Como relata que não se acha uma pessoa de valor, como descrito no trecho “não tenho estudo, isso faz de mim uma ninguém”, diz associar que para a pessoa ser considerada “alguém”, precisa ter um mínimo de nível de instrução escolar. Essa afirmação pode ter caráter conjuntural, pois ter o um trabalho, ter tirado a carteira de motorista, se posicionar frente ao marido, sentir carinho e se de dedicar aos filhos, ter capacidade de acolher a sua irmã, e manter seu casamento, são elementos que vão em um sentido diferentes dessa afirmação.

Ela reclama do marido, mas reconhece como ele a ajuda em vários momentos. Ela tem um filho do seu primeiro casamento e mais dois do casamento atual. Seu marido assumiu seu primeiro filho e cuida como se fosse dele. O que indica que o marido lhe dá certo suporte. Seu marido tem atitudes de grande cuidado com os filhos e com ela, e inclusive em muitos momentos cuida da casa e das filhas enquanto ela fica no hospital com o filho mais velho. Ele também fica no hospital com o menino frequentemente.

Seu marido também te ajudou a montar o salão e a ter uma casa própria. De certa forma isso te proporciona independência financeira. (Psicoterapeuta)

Ele me ajuda muito, mas acaba que só consigo trabalhar quando não estou cuidando de alguém. (Beatriz)

E quem assume financeiramente todos os custos quando você não trabalha acaba sendo ele, principalmente as despesas com seu filho mais velho. (Psicoterapeuta)

Sim. Ele ajuda muito com meu filho, assumiu como se fosse dele. Cuida muito mais do que o próprio pai do meu filho. (Beatriz)

Ela se incomoda com os ciúmes do marido e diz que por esse motivo ele não quer que ela faça outras coisas, como voltar a estudar, trabalhar ou fazer atividades fora de casa. Justifica que ela montou o salão porque lá ela só teria contato com outras mulheres. Percebe-se que ela poucas vezes reconhece a ajuda do marido e acaba rotulando-o como alguém que não está dentro de suas expectativas. O que também é comum na configuração depressiva, achar que o outro não está dentro das expectativas, o que gera uma constante frustração e em alguns momentos raiva de fatores externos. Em outro trecho escrito abaixo, conta uma história que ela relata quando se fala em estudos e os motivos pelos quais ainda não voltou a estudar.

Quando eu fui tirar a carteira ele apareceu lá de surpresa, até aí tudo bem, mas ele encrencou com o meu instrutor porque ele havia sido amigo meu de adolescência. Ele não gosta que eu tenha contato com outros homens. Mesmo vendo que não havia nada entre eu e o instrutor. Quando eu comecei a fazer academia ele também não gostou, acha que os homens vão ficar olhando para mim. Já pensei em me separar várias vezes, mas aí fico pensando em terminar, mas aí me dá preguiça de pensar em começar tudo de novo, tem tanta gente complicada por aí, vai que é pior (Beatriz).

Beatriz já pensou em divórcio algumas vezes, mas geralmente acaba desistindo da ideia e tenta uma reconciliação. Reclama do relacionamento com o marido, que ele a sufoca, que é muito ciumento e não permite que ela tenha amizades ou estude. Esses são fatores que ela utiliza como argumento quando quer criticar o marido.

Diz que deseja receber carinho do marido: “só quero que ele abrace sabe?! Me dê um beijo, seja carinhoso comigo e com as meninas, mas ele sempre é muito seco” (as meninas a que ela se refere são as duas filhas com o marido). Essa frase mostra contradições em seu posicionamento em relação ao marido, porque reclama que ele a sufoca, mas ao mesmo tempo quer ter seu carinho. Sua relação com o marido se configura de modo contraditório, que ela mesma não consegue definir, fazendo com que oscile: em alguns momentos considera que ele é um bom marido e em outros que não é bom. Mas o apego que Beatriz tem com ele é mais forte do que os momentos em que o rejeita, e ele demonstra em muitos momentos estar apaixonado por ela, como quando sente ciúmes, mesmo que ela não fique confortável com isso.

Culpa o marido por algumas decisões que tomou, como mudar de religião; só poderia namorar com ele se fosse evangélica de uma igreja específica, “a família dele só queria que ele namorasse alguém da igreja, mas mesmo depois que eu mudei para a igreja deles eles não me aceitam até hoje. Só criticam, só levo patada”. Percebe-se também neste trecho que há uma necessidade de reconhecimento dos outros com suas atitudes. Ela espera que a família do marido a reconheça por ter mudado de religião e se “adequado” aos parâmetros, e como isso não ocorre, ela fica com raiva da família dele. Como acontece com outros fatos também relatados na conversação, há uma expectativa, o esperar algo em troca. Ela tem um contato restrito com a família de seu marido, pois não gosta de conviver com eles por dizer que somente a criticam e que tratam mal suas filhas. Tal decisão foi tomada juntamente com o marido, que concorda que a família dele tem comportamentos agressivos em relação a eles.

A decisão que a fez mudar de religião implicou na mudança de vários costumes, como seu modo de vestir, o fato de só poder usar saia ou vestido, não poder se maquiar ou utilizar determinados produtos de beleza, não poder cortar o cabelo, entre outras peculiaridades. No completamento de frases, expressa: Sinto... “muita falta da Beatriz de antes”. No relato a seguir, percebe-se o quanto esses detalhes são considerados de grande valor para Beatriz, como se eles fossem uma expressão de uma liberdade que ela perdeu.

Eu sinto falta do meu antigo eu, de me arrumar, de maquiagem, às vezes fico pensando se vale a pena, deixei de fazer tanta coisa... Eu era corajosa, fazia as coisas, não me intimidava, eu gostava das coisas. Agora não tenho tempo para nada, faço tudo pelos outros, deixo de fazer várias das minhas coisas e ninguém me ajuda quando eu preciso. Ajudo sempre a minha família e a família do meu marido e eles só

nos procuram quando querem algo em troca, ninguém liga para a gente. Quando meu filho fica internado e preciso de alguém para ficar com as meninas ou para ir comigo levar ele no hospital porque meu marido tem que trabalhar, sempre tem alguma desculpa, sempre tem dificuldades. Mas mesmo assim quando me pedem alguma coisa eu não sei dizer não (Beatriz).

Beatriz percebe que ela também mantém esse comportamento da família, pois, ao estar sempre disponível e “não dizer não”, há um comodismo por parte dos parentes, que sempre acham que ela irá resolver os problemas familiares. Um fato muito importante a ser destacado é a falta de apoio familiar quando ela precisa, pois não há uma “retribuição” ou troca de favores, simplesmente a exigência de que ela esteja disponível. Beatriz não tem apoio familiar ou de amigos nas internações e exames do filho, e o marido tem que faltar o trabalho para ficar com as filhas quando ele está internado.

Ela relata não haver nada mais importante do que os filhos, e que faria tudo por eles, inclusive deixar sua vida e viver exclusivamente em função deles. No completamento de história sobre os três desejos para fazer ao gênio, Beatriz expressa seu primeiro desejo: “1- A cura do câncer do meu filho, porque é uma dor muito grande e não consigo ver meu filho sofrer mais”. Ou seja, indica que a prioridade maior de sua vida é a cura do filho.

Passa muito tempo em internação de hospital, sem ir para casa para tomar banho ou dormir. Então, considera certos cuidados pessoais como desnecessários e até mesmo insignificantes. Geralmente, não tem nem vontade de fazer algo para agrado próprio e não se sente digna de agrados. Não se sente com valor suficiente para que tenha um mínimo de autocuidado, o que reflete em uma insatisfação com ela mesma, gerando uma emocionalidade de frustração com sua autoimagem, que faz parte de sua configuração depressiva.

Ambas participantes passaram pelo processo de ter um filho com o diagnóstico e tratamento de câncer. Pode-se observar, a partir disso, que ocorrem várias situações similares com ambas e com outros pais que tiveram filhos passando por esse processo. Mesmo algumas pessoas passando por situações similares a delas, o sentido subjetivo emerge como expressão de configurações subjetivas diferentes. Nenhuma pessoa é igual a outra, são seres únicos com construções e organizações singulares de seus sentidos. Os modos de agir e suas necessidades devem ser levados em conta ao se pensar sobre os casos. Cada um significa o que vive de uma forma diversa, não existe um padrão, pois:

As diferentes configurações subjetivas organizadas nos processos de saúde e doença não são iguais ainda que as doenças sejam as mesmas, pois carregam em si a marca da história individual e sua organização singular (Mori & Gonzalez Rey, 2011, p.9).

Uma criança ao adoecer de câncer tem sua vida transformada, passa a ir frequentemente ao hospital, fazer uma série de exames invasivos e dolorosos. E isso implica que toda a dinâmica e rotina familiar passa a funcionar de outro modo. Concordo com Lopes e Valle (2001) quando afirmam que o câncer infantil e seu tratamento impactam sistemicamente na organização familiar, o sofrimento psíquico atinge não apenas a criança, como também seus cuidadores.

Beatriz, no completamento de frases, escreve: Às vezes... “me bate tamanho desespero”, A ansiedade... “vem me matando”. Ansiedade também passa a fazer parte de sua rotina, pois fica pensando sobre a possível morte do filho e isso faz com que mais ansiedade seja gerada.

Quando há a comunicação do diagnóstico, o processo de perda da pessoa adoecida se inicia: "o diagnóstico traz consigo o temor da possibilidade da morte" (Oliveira, Torrano-Masetti e Santos, 1999, p. 42). Ela relata que saber do diagnóstico foi devastador pelo medo de perder o filho, pois o câncer “é uma doença muito associada a representação da morte” (Mori & Gonzalez Rey, 2012, p. 144).

Beatriz teve o filho mais velho diagnosticado com um tipo de câncer considerado muito agressivo. Ela frequentemente se questiona sobre a razão do filho ter a doença. O tratamento exige muitos exames, medicações, consultas médicas e internações, que só são possíveis com a ajuda do marido. Este mesmo filho está em tratamento atualmente, realizando sessões de quimioterapia, cirurgias em diferentes partes do seu corpo e exames feitos com frequência em diversos locais do Distrito Federal – o que demanda tempo e disposição para acompanhar a rotina de cuidados. Beatriz tem muito medo de “perder o filho para a doença maldita”, se dedicando ao máximo aos cuidados dele enquanto está em tratamento. O que indica novamente que é uma boa mãe e que cuida bem de seus filhos.

Está entranhada na subjetividade social uma visão de finalização da vida quando se remete ao câncer. Geralmente as pessoas logo pensam em quimioterapia, em pessoas carecas e enfraquecidas, que têm enorme chance de vir a óbito. Esse fato muito influencia todos os

envolvidos na situação e possibilita que se gere o medo de perder a pessoa, mas a forma como essa experiência é vivida depende muito dos recursos subjetivos dos envolvidos e da qualidade dos seus relacionamentos.

Aspectos da subjetividade social podem limitar os processos subjetivos da pessoa, mas também podem gerar contradições que levam a pessoa a produzir sentidos subjetivos diferenciados facilitando o seu posicionamento em relação a representações dominantes (Mori & Gonzalez Rey, 2011, p.6)

Os pais podem se sentir vítimas do destino e perdidos diante desse processo, alguns até mesmo entram em certo estado de negação do que está ocorrendo; outros cedem ao álcool ou a outros vícios, e em alguns casos entram em estado de choque. Ficam sem saber como agir perante a criança, perante os outros filhos ou até mesmo perante o cônjuge; muitos ficam presos à emocionalidade do momento e acabam por não gerar recursos subjetivos para avançar. A rotina toda muda e com isso os hábitos da família, os modos de vida se modificam. Os cuidadores da criança doente também se queixam do cansaço físico, resultado da maratona de exames, consultas, internações e tratamentos frequentes que são obrigados a acompanhar. Beatriz está sempre se queixando de que não tem tempo para nada.

Estou sempre cansada, sem tempo até para dormir direito, tendo que fazer várias coisas ao mesmo tempo, esqueço até de comer, as vezes, e fico com medo de estar deixando as minhas filhas muito largadas para cuidar dele. (Beatriz)

Os autores Oliveira, Torrano-Masetti e Santos (1999) recomendam que haja um acompanhamento sistemático junto aos familiares do paciente oncológico, pois pode ajudar nos “sentimentos de culpa, desamparo e revolta que o adoecer de um ente querido normalmente desencadeia” (p. 49-50). Beatriz iniciou o tratamento psicoterápico no início da doença do filho e ela relata que isso a ajudou muito por “poder desabafar, tem horas que tenho muita esperança de que tudo vai melhorar, mas aí algumas coisa acontece e as vezes dá até um desespero”. Lima (1995) conclui que a família tem períodos de maior otimismo e esperança e outros de maior desestruturação e ameaça de perda. Há uma oscilação nos sentimentos da família, por haver muitas incertezas sobre a melhora da pessoa com câncer.

Durante o tratamento do filho, convivem com outras crianças e seus parentes, que

passam por situações consideradas por eles como similares, em que em alguns casos há melhoras e em outros a piora e até mesmo o óbito. Com essa comparação, ver a piora de algumas crianças que depois se curaram lhes davam esperança, mas quando havia óbito a situação piorava; percebe-se assim como se posiciona perante os processos de subjetividade social relacionados ao câncer. Torna-se comum uma comparação entre as crianças que obtêm o mesmo diagnóstico, pois caso algum tenha se curado, acham que vai ocorrer o mesmo com seu filho, o mesmo caso algum tenha morrido.

Atualmente, Beatriz fala bastante sobre a felicidade, diz que não vê como pode ser feliz vivendo as situações que está vivendo, com o filho doente, dificuldades financeiras e falta de apoio da família. A felicidade para ela aparece como algo inalcançável e até mesmo abstrato, como se não fosse capaz ou merecedora de sentir felicidade. Diz desejar felicidade, mas sempre com a expressão de que é algo impossível a ela. Beatriz, no completamento de frases, diz: Desejo... “ser a mulher mais feliz”, Minha vida... “no momento: infeliz”.

Geralmente atribui a infelicidade à sua incapacidade de ser uma pessoa boa o suficiente, ou pela afirmação de que a vida foi muito dura e que com isso não pode ter equilíbrio e tranquilidade. Beatriz, no completamento de história sobre os três desejos do gênio, expressa no segundo desejo:

Ser feliz porque sei que sou uma pessoa muito difícil de conviver, sou insegura, sou muito chata e sei que isso faz com que as pessoas não gostem de mim. E queria muito ser diferente conseguir falar o que penso e o que eu acho. Por isso queria ser muito feliz!!!

Ao pensar em felicidade, Beatriz relaciona com fatores como; “sou uma pessoa difícil de conviver, sou insegura, sou muito chata”, “as pessoas não gostam de mim”. Relacionado a isso, expressa no completamento de frases; Nunca... “consigo ser melhor do que ontem”. Beatriz relaciona felicidade com o fato de que as pessoas têm que gostar dela e de achar que as pessoas não gostarem dela significa que não será feliz, ou seja, transfere a responsabilidade a fatores de reconhecimento externo para que possa ser feliz. Também relata, em outros momentos da conversação, que as pessoas não gostam dela por não ser boa o suficiente e por não conseguir ser “melhor do que ontem”, e com isso ela acaba fazendo atividades para que as pessoas gostem dela, deixando de lado os seus próprios desejos.



Como as pessoas não correspondem às suas expectativas, ela logo assume que as pessoas não gostam dela, inclusive no seu relacionamento com o marido. Com frequência duvida que o marido gosta dela por não ter atitudes esperadas, como ciúmes ou afazeres cotidianos. O que mostra a carência emocional que ela exprime em vários momentos, que pode ter reflexos na vida sexual do casal.

Há uma questão importante cultural, que pode atuar também na libido feminina: a angústia de não corresponder à imagem da mulher ideal, sua autoimagem. Em uma sociedade que está erotizada, que privilegia a aparência do corpo, a atividade sexual pode se tornar um momento de frustração, como demonstrado no trecho a seguir:

Eu não sei como ele tem desejo por mim, me acho tão feia e meu corpo está tão flácido, vejo mulheres bonitas lá fora e eu estou assim. Fico pensando que ele vai ficar olhando para minhas estrias e não querer mais, fico com vergonha do meu corpo, fico tensa pensando nas coisas ruins de mim e acaba sendo ruim. Ele as vezes olha uma mulher na rua e eu sei que fica com desejo dela, sei que ele tem vontade de fazer com outras mulheres. Uma das vezes que trocamos de casais eu vi que ele gostou muito da outra menina lá, depois fiquei vários dias me sentindo mal. As vezes eu até me machuco sabe?! Tem caras que são mais brutos, e vejo que meu marido nem liga, fico uns dias machucada e ele nem se importa. Como fica com muito fogo depois que fazemos a troca ele quer sexo sem se importar que eu esteja machucada (Beatriz).

Há uma autoimagem de que é pouco atraente e não se acha capaz de despertar desejo sexual sincero no parceiro. Enxerga o desejo do marido como um instinto, uma necessidade masculina que pode ter com outras mulheres, e duvida que ele realmente goste dela ou que queira a atividade sexual exclusivamente com ela. O que mostra como Beatriz gera sentimentos em relação ao desejo do marido, não acreditando que seja atraente ou possível de ser desejada.

No caso de Beatriz, quando há discussões entre ela e o marido que a deixam chateada: “depois de uma discussão fico muito chateada não consigo cogitar fazer sexo, não separo meus sentimentos do sexo, eles andam juntos” (Beatriz). O que indica haver um respeito do marido quando ela passa por esses momentos. Ballone (2004) afirma que quando há uma avaliação negativa, mágoa, decepção em relação ao parceiro, perde-se o estímulo sexual, sendo as decepções da vida conjugal fortes responsáveis por essa perda.

Abaixo está um relato de Beatriz, que em uma ocasião estava com feridas ginecológicas e não queria fazer sexo com o marido, mas por achar que se ela não fizesse sexo ele a iria trair, cedeu ao pedido do marido.

Eu não queria, mas tenho que fazer se não ele vai arrumar na rua, mesmo eu ainda estando machucada e dolorida ele não se importou, ele foi e fez o que queria, fiquei me sentindo muito mal. Não entendo de onde vem essa necessidade que os homens tem, parece uma coisa meio de instinto animal! Por mim eu fico meses e não sinto falta (Beatriz).

Ele sabia que estava machucada? (Psicoterapeuta)

Não ia adiantar se eu falasse. (Beatriz)

Porque? (Psicoterapeuta)

Ele ia querer de qualquer forma, instinto. (Beatriz)

O marido de Beatriz aparece nesta fala como alguém insensível, mas percebe-se que o fato dela não ter dito ao marido que estava machucada não o permitiu ter conhecimento dessa informação. Unindo esses fatores ao histórico de violência vivenciado por Beatriz, ela acha que o marido tem como “instinto” o sexo e que não vai se importar com ela estar machucada, o que parece contraditório devido ao comportamento do marido ser cuidadoso em relação a ela.

O sexo para ela passou a ser visto como algo não prazeroso, e até mesmo, em alguns momentos, doloroso, o que implica em crenças como: não importa se quer fazer sexo ou não; tem que atender à necessidade do marido; tem que se submeter mesmo se estiver machucada; homem é instintivo; será traída se não fizer. Isso que mostra uma subjetividade social atuante nos processos subjetivos dessas mulheres, em que não há uma mudança de atitude ou posicionamentos ativos delas perante tais situações, e sim uma falta de recursos subjetivos para lidar com esses fatos.

Estamos inseridos em culturas e sociedades que têm um papel modelador da atividade sexual. Isso interfere no desempenho erótico das mulheres, através da repressão que vigorou por séculos (Gezoni, 2011). Heilborn (2006, p. 6) nos coloca “os mecanismos inconscientes de origem social conformam a subjetividade do indivíduo, de modo que o intrapsíquico não tem origem somente em uma psicologia individual, mas em regras coletivas que estão interiorizadas”. Ballone (2004) traz que entre as queixas mais frequentes está a falta de orgasmo (anorgasmias), “cerca de um terço das mulheres não consegue atingi-lo” (p.1). A

frigidez é a mais rígida das inibições femininas. Em geral, elas não sentem ou sentem pouco prazer erótico com a estimulação sexual. Outro fator é a falta de desejo – 35% das mulheres não sentem nenhuma vontade de ter relações sexuais.

O desejo sexual não se compara às simples pulsões fisiológicas, como é o caso da fome ou da sede. Ballone (2004) considera que o desejo sexual seja um complexo vivencial formado por três fatores principais; a biologia, a psicologia e a socialização. Esses fatores estão interagindo continuamente entre si. Ou seja, as configurações subjetivas relacionadas a isso se relacionam entre si por meio dos sentidos subjetivos. No caso analisado, há a crença de que sexo é “obrigação da mulher casada”, independente do desejo sexual dela. Em alguns casos, de acordo com Ballone (2004), como na depressão, o sexo deixa de representar para si mesmo uma pessoa capaz de fazer o sexo. Assim, não há estímulo para o sexo.

O termo “obrigação de esposa”, que está entranhado nas subjetividades sociais brasileiras, foi expresso várias vezes pelas participantes. Como expresso no trecho, “por mim passava meses sem fazer e não sinto falta nenhuma” (Beatriz). Um fato é não ter prazer, outro é não querer fazer sexo, de acordo com Ballone (2004). Há, de acordo com Beatriz, muitos motivos que são considerados como aversivos em relação ao sexo.

O social e cultural disseminam papéis (que as pessoas “devem” representar) e determinadas condutas. O chamado “papel de esposa” tem como conduta “implícita” de “ter que fazer sexo com o marido”. O aprendizado de papéis está relacionado à maneira como a sociedade introduz no indivíduo um modo de sentir, de pensar e de agir. As meninas, quando ensinadas como deve se portar uma esposa, podem, muitas vezes, ter aprendido que têm que agradar ao marido, seja de que modo for, mesmo que isso signifique que tenham que desagradar a si mesmas. Mesmo Beatriz ficando mal e se sentindo culpada quando fazem troca de casal, não conversou com o marido, e continuou fazendo algumas vezes por achar que isso iria ajudar no casamento deles. Voltamos à subjetividade social que se inter-relaciona com a crença de que é preciso agradar o marido independente do custo que isso tenha.

O foco atual da sua vida se tornou a rotina com os filhos, marido e parentes. Considera que quando a procuram é sempre para pedir favores, e mesmo quando a chamam para passear, acaba se incomodando. Quando outras pessoas a chamam para fazer algo que exige sair de casa, encara como incômodo, como demonstra Beatriz no complemento: Eu...

“não gosto de ser incomodada”, Prefiro... “sofrer e ficar no meu canto” (Beatriz). Percebe-se que há um isolamento, característico da configuração depressiva. Seu modo de gerar emocionalidade em relação às situações vividas acaba se traduzindo em uma necessidade de isolamento, de querer ficar sozinha e não fazer nada. O que é traduzido em uma paralisação, já que não há a produção sentidos subjetivos para agir diferente.

Outro fator importante a ser destacado é a projeção que ela tem sobre seu futuro. Quando perguntada sobre: Como você se imagina e imagina sua vida daqui a dez anos? Beatriz respondeu: “Pra te dizer a verdade acho que não chego daqui aos 10 anos a mais não tenho passado por momentos muito difícil que realmente não sei se conseguirei nem me vejo mais”. Demonstra uma falta de perspectiva de futuro, como se desejasse a finalização de sua vida, como demonstrado na frase seguinte: Às vezes... “com a dificuldade penso em morrer e acabar com isso logo”.

Esse trecho apresenta um posicionamento em relação ao seu desenvolvimento, pois sente como se fosse um resultado das situações vividas e que nada pudesse fazer sobre elas. Essa postura pode ser uma mostra de uma prática em que ela se coloca como vítima do “destino”. Essa própria vitimização mostra a carência de recursos subjetivos para assumir a própria vida, em que a solução se apresenta em forma de finalização da própria vida.

A morte se apresenta como uma forma de solucionar suas questões, como se o peso dos problemas fosse grande demais para ela. É muito sério quando esse tipo de situação se apresenta, pois a pessoa se percebe tão presa que não percebe possibilidades melhores, não tem disponíveis sentidos subjetivos que lhe possibilitem transitar com maior tranquilidade, já que tudo se torna muito sofrido e complicado. Neste caso, mesmo que haja problemas mais simples a serem resolvidos, não se enxerga as soluções e a pessoa se sente presa às situações que a incomodam.

### **Breve conclusão Participante Beatriz**

Beatriz, em diversos momentos de sua vida, se mostrou como alguém que se posiciona de modo ativo, consegue ultrapassar obstáculos e ter uma vida relativamente tranquila. É o caso de quando se posicionou perante seu primeiro marido e saiu de um casamento com um homem extremamente abusivo; também ao criar a irmã com carinho

mesmo quando ainda era adolescente. Teve uma história de vida repleta de desafios em que conseguia gerar recursos subjetivos e avançar.

Percebe-se que os sintomas de Beatriz começaram a aparecer quando ela não foi capaz de gerar recursos para transitar em um momento de sua vida em que estava com dificuldades de relacionamento com seu marido, época em que brigavam muito, em que lidava com a doença grave do seu filho, tinha problemas com sua família e com a do marido. Possuía uma rotina extremamente cansativa, em que tinha que cuidar do filho doente, incluindo internações com exames e procedimentos constantes e cirurgias, além de cuidar da casa e das filhas pequenas. Neste momento não teve ajuda e nem apoio de amigos ou familiares, e não conseguiu lidar com todos esses fatores ao mesmo tempo, o que gerou a crise.

A doença do filho e a relação que mantém com a família são elementos relacionados ao processo de subjetivação que caracteriza sua depressão atual. Essa configuração se mantém pelas tensões e conflitos articulados na produção de sentidos subjetivos entranhados na depressão. A rotina corrida, constante exaustão física, a falta de autocuidado que a leva a um quadro de insatisfação consigo própria, a expectativa e a frustração em relação aos outros são fatores que mostram como sua configuração depressiva está configurada.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de ampliar modelos teóricos desenvolvidos, recomendo que mais pesquisas sejam feitas sobre o tema, pois cada pessoa tem seu modo de subjetivar sua realidade e quanto mais pesquisas forem feitas em relação a isso, mais poderemos compreender os processos envolvidos. Também recomendo que seja realizada pesquisa com sujeitos que se posicionam. Destaco abaixo as principais construções teóricas alcançadas nesta pesquisa. São reflexões construídas frente aos aspectos abordados.

Sobre Aline, percebe-se que sua postura perante a vida se é passiva, característica da depressão. Ela responsabiliza os aspectos externos por tudo o que ocorre com ela, se colocando em postura de vítima que não pode modificar sua realidade; está sem recursos subjetivos para avançar. Até mesmo quando surgem boas oportunidades em sua vida, não aceita por pensar que vai estar fazendo mal ao filho falecido. A morte de seu filho foi um elemento forte em sua vida, mas essa configuração se mantém por outros conflitos e tensões articulados na produção dos sentimentos subjetivos da depressão. Ela está com a configuração depressiva preponderando em relação a uma configuração saudável, em que sentimentos como culpa, raiva e tristeza são gerados e repetidos diariamente. A expressão da configuração subjetiva da depressão se mostra em várias áreas de sua vida, como casamento, sexualidade, autocuidado, maternidade, que são aspectos que revelam de modo diferenciado a configuração subjetiva depressão.

Beatriz, em vários momentos de sua vida, se posicionou de modo ativo, conseguindo gerar recursos para ter um melhor leque de possibilidades de ação. Criando sua irmã, mesmo quando ainda era adolescente, saindo de um primeiro casamento com um homem abusivo, trabalhando e conquistando sua moradia. Seu histórico de vida tem muitas experiências desafiadoras que incluem abusos sexuais e morais, muita violência e doenças de familiares. Os sintomas de Beatriz começaram a se manifestar quando estava inserida em uma realidade que englobava dificuldades de relacionamento com seu marido atual, estado grave de saúde de seu filho com câncer e problemas com a família; com todos esses fatores ao mesmo tempo ela não conseguiu gerar recursos subjetivos e com isso a crise se estabeleceu. Essa configuração é mantida atualmente pelos conflitos e tensões articulados na produção de sentidos emaranhados na depressão.

Também se percebe uma mudança em determinados aspectos pessoais, como nos casos analisados, que vão gradualmente modificando aspectos que refletem em suas vidas, havendo uma melhora, mesmo que gradual. O transtorno depressivo, não sendo um estado que permanece constante na vida dessas pessoas, pode ser algo a ser superado.

A pessoa se torna sujeito quando a tensão individual social gera alternativas e sentidos subjetivos sem que haja uma determinação de nenhum processo externo (Mori & González Rey, 2012), “a pessoa se transforma em sujeito na tensão entre sua subjetividade e a subjetividade social dominante em seus espaços de ação” (Mori & González Rey, 2011, p.3). O sujeito se responsabiliza pelas próprias ações e é ativo perante situações que se apresentam a ele, sendo seu leque de possibilidades de ação amplos. A inércia já não faz parte do seu dia a dia, pois é um sujeito que pensa e coloca suas opiniões nas suas atividades, mesmo que essas opiniões sejam discordantes do socialmente estabelecido.

Esses fatores sempre levam em conta a sociedade e a história do sujeito. O sujeito, ao mesmo tempo em que constitui, é constituído pelo social (Morin, 1996). Não há como separar totalmente o sujeito das influências do social e cultural, ele se torna uma relação desses fatores e da sua subjetividade individual. A posição de sujeito assumida perante a vida é resultado dos recursos subjetivos produzidos por essa pessoa, o que impacta nos processos de subjetivação e permite que gere alternativas que possibilitam um leque maior de opções na vida (Mori & González Rey, 2012). A experiência do adoecer pode ser o gatilho para que novos sentidos subjetivos emergjam e com isso configurações subjetivas sejam modificadas. O sentido subjetivo que se organiza em relação à doença pode iniciar um núcleo de subjetivação, que, na forma de organização subjetiva do vivido, define uma configuração subjetiva (complexa de sentidos subjetivos organizados sobre um tema ou ação humana) em relação ao adoecer (Mori & González Rey, 2012, p. 145)

A forma como as pessoas encaram as situações que lhes são apresentadas define, de certo modo, como ele vai se portar perante a vida e as próximas experiências. Como analisado nos casos aqui apresentados, a depressão não foi advinda somente de experiências específicas ou resultado de algumas alterações biológicas. É todo um conjunto inter-relacionado de eventos e da subjetividade individual. São encadeamentos de pensamentos e sentimentos (simbólico/emocional) que vão se entrelaçando e gerando um modo de ser.

O diferencial das pessoas que desenvolvem para as que não desenvolvem esse transtorno é como essas pessoas encaram e se posicionam perante as experiências que lhes ocorreram e não a experiência em si. Podem ser citados exemplos de pessoas que passaram por situações muito difíceis e complexas e que são sujeitos ativos, como Viktor Frankl, que passou por campos de concentração onde a dor e o sofrimentos gigantes eram rotina diária; locais em que ocorreram situações tão atrozess que a maioria das pessoas não consegue nem imaginar. Ele se tornou um grande influente psiquiatra e pensador, escreveu livros e tem um posicionamento diferenciado perante a sociedade e o sujeito.

O diferencial é o ser sujeito. E isso não é algo que ocorre do dia para a noite, é um processo construído e mantido diariamente. As configurações subjetivas estão em constante movimento, os sentidos subjetivos podem ser modificados e com isso as mudanças psíquicas vão se estabelecendo e os padrões de pensamento (simbólico) e sentimento (emocional) são diferentes dos anteriormente estabelecidos. A depressão não é uma entidade que toma conta da pessoa, mas sim uma configuração subjetiva que está preponderando no momento. Também não é estática ou imutável, sofre modificações e pode passar a não preponderar.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Azevedo, K.R. & Arrais, A.R. (2006) *O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19(2), 269-276.
- Barbosa, S. R. C. S. (2008) O discurso da ciência e as percepções de profissionais de saúde acerca da depressão no contexto das transformações socio-ambientais e culturais contemporâneas. Disponível em: <http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/viewFile/138/103>
- Ballone, G.J. (2004) *Frigidez Sexual* - in. PsiqWeb. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>> Acesso em 15 de maio de 2016.
- Brasil (2005) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>
- Bolguese, M.S. (2003) *Depressão e doença nervosa moderna*. In: FUKS, L.B. & FERREIRA, F.C. (orgs.) *Desafios para a psicanálise contemporânea*, São Paulo: Escuta, p. 191 – 201.
- Bukberg J, Penman D, Holland JC. (1985) *Depression in hospitalized cancer patients*. Psychosom Med;46: p.199-212.
- Campos G.W.S. (1997) *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec.
- Campos G.W.S. (2006) *Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Minayo C, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. p.53-92
- Campos & Amaral (2007) *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4): p.849-859.
- Canguilhem, G. (2002) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária

- Carvalho, F.E.T. & Papaléo, N.M. (1995) *Geriatria:fundamentos, clínica e terapêutica*. 1. ed., São Paulo - SP, Atheneu.
- Clay, R. A. (2014) *Depression's toll on the heart. A new scientific statement from the American Heart Association identifies depression as a risk factor for heart disease*. Vol 45, No. 5.
- Costa, J. C., & Lima, R. A. G. (2002). Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: Implicações para a enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10 (3), 321-333.
- Domingues, J.M. (2001) *Sociologia e modernidade. Para entender a sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Fédida, P. (2002) *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta.
- Gezoni, A. L. (2011) *Sexualidade feminina: aspectos culturais da repressão sexual e suas consequências. Gênero e Sexualidade*. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2011/03/26/sexualidade-feminina-aspectos-culturais-da-repress-o-sexual-e-suas-consequencias/> Acesso em: 10 de maio de 2016.
- González Rey, F. (1995) *Comunicación, Personalidad y Desarrollo*. Havana, Editora Pueblo y Educación.
- González Rey, F. L.(1997). *Epistemologia Cualitativa y Subjetividad*. São Paulo: Educ.
- González Rey, F. L. (2002) *Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Caminhos e desafios*. Ed. Thomsom.
- González Rey, F. L. (2004) *O social na psicologia e a psicologia social*. Petrópolis, Vozes.
- González Rey, F. L. (2005). *O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica*. In: Gonzáles Rey, F. (org.). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em Psicologia*. São Paulo, Thomson.
- González Rey, F.L. (2007) *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade. Uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo, Thomson.
- González Rey, F. (2007) *As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural*. *Psic. Da Ed.*, São Paulo, 24,1 semestre de 2007, pp.155-179.
- González Rey, F.L. (2010) *As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa*. Centro Universitário de Brasília. Psicol.

- cienc. prof. vol.30 no.2, Brasília.
- González Rey, F.L. (2011) *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- González Rey, F.L. (2012) *A configuração subjetiva dos processos psíquicos: avançando na compreensão da aprendizagem como produção subjetiva*. In: Mitjáns Martínez, Albertina; Scoz, Beatriz Judith; Castanho, Marisa Irene Siqueira. Ensino e aprendizagem: a subjetividade em foco. Brasília: Líber Livros.
- González Rey, F.L. (2014) *Subjetividade Contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas*. Campinas: Alínea, capítulo 1.
- González Rey, F.L. (2015) *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB. p.9-34.
- Goulart (2013) *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. Universidade de Brasília. Brasília.
- Heilborn, M. L. (2006) *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Editora Garamond, Rio de Janeiro. 536p.
- Horwitz (2002) *Creating Mental Illness*. University of Chicago Press. 289p.
- Horwitz, A. V.; Wakefield, J. C. (2010) *A Tristeza Perdida. Como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. Summus editorial.
- Jefferson, J.W.; Geist, J.H. (1994) *Mood Disorders*. In: *American Psychiatric Press*, 2. ed., Washington, p. 465-494
- Jenkins, R.; Lewis, G.; Bebbington P.; Brugha, T.; Farrell, M.; Gill, B. (1997) *The National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain – initial findings from the household surveys*. Psychol Med 27: p.775-89
- Kehl, M.R. (2009) *O tempo e o cão, a atualidade das depressões*. Boitempo Editoria. 298p.
- Lima, R. A. G. (1995). *A enfermagem na assistência à criança com câncer*. Ribeirão Preto, SP: AB.
- Lopes, D. P. L. O., & Valle, E. R. M. (2001). *A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer*. In E. R. M. Valle (Org.), *Psico-oncologia pediátrica* (pp. 13-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martínez, A. M.; Neubern, M.; Mori, V. D. (orgs.) (2014). *Subjetividade Contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas*. Campinas: Alínea, 2014.

- Menezes, C.N.B., Passareli, P.M., Drude, F. S., Santos, M.A., & Valle, E.R.M. (2007). *Câncer infantil: organização familiar e doença. Revista Mal Estar e Subjetividade*, 7(1), 191-210. Recuperado em 23 de julho de 2016, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482007000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100011&lng=pt&tlng=pt).
- Minayo, M.C.S. (2004) *Pesquisa Social, teoria método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes
- Moreira, T. H. (2014) *Atuação do psicólogo no contexto de internação pediátrica: desafios e possibilidades*. Repositório Uniceub, Brasília. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5470/1/20857038.pdf>
- Mori, V.D.; González Rey, F.L. (2011) *Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer*. *Psicologia & Sociedade*; 23(n. spe.), 99-108.
- Morin, E. (1998) *O Método 3 - O Conhecimento do Conhecimento*. Mem Martins: Europa-América.
- Neubern, M. S. (2000) *Psicologia: Teoria e Pesquisa, As Emoções Como Caminho Para Uma Epistemologia Complexa da Psicologia*. Universidade de Brasília, Vol. 16 n. 2, pp. 153-164
- Neubern, M. S. (2005). *A dimensão regulatória da psicologia clínica: O impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas*. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(1), 73-82.
- Oliveira, E. A., Torrano-Masetti, L. M., & Santos, M. A. (1999). *Grupo de apoio ao acompanhante do transplantado de medula óssea: Uma contribuição à práxis grupal. Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 9 (16), 41-52.
- Regier, D.A.; Narrow, W.E.; Rae, D.S.; Manderscheid, R.W.; Locke, B.Z.; Goodwin, F.K. (1993) *The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1 year prevalence rates of disorders and services*. *Arch Gen Psychiatry*;50: p.85-94.
- Schleifer, S.J.; Macari-hinson, M.M.; Coyle, D.A.; Slater, W.R.; Kahn, M.; Gorlinr. (1989) *The nature and course of depression following myocardial infarction*. *Arch Gen Psychiatry* 149: p.1785-9.
- Sherryl, H.; Goodman. (2002) *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 111, No. 1.

- Solomon, A. (2002) *O Demônio do meio dia. Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Wolpert, L. (2003) *Tristeza maligna. A anatomia da depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization. (1993) *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*.Genebra: WHO.
- World Psychiatric Association. (1997) *Educational program on depressive disorders. Overview and fundamental aspects*. New York: NCM.

## **ANEXOS**

### **Completamento de Histórias**

1 – Você achou a lâmpada do gênio.

Lembre-se das regras:

- Não pode ressuscitar ou matar ninguém
- Não pode pedir mais gênios ou mais desejos

Quais são seus 3 pedidos? Por quê?

2 – Houve um terremoto, perdemos energia elétrica, torres de sinal de celular e televisão.

O que você faria? Quais são suas prioridades?

3 – A você foi concedido utilizar por 1 vez uma máquina do tempo para que pudesse ter uma conversa com você quando mais novo (a). Quando voltaria? O que falaria?

4 – Como você se imagina e imagina sua vida daqui a 10 anos?

5 – Você ficou milionário (a)! O que você faria com esse dinheiro?

### **Completamento de frases**

Geralmente...

Nunca....

Desejo....  
Acho divertido....  
Às vezes....  
Prefiro....  
Eu....  
Ainda.....  
Fico sonolento (a) quando....  
Costumo.....  
Anseio.....  
Tenho muitos desejos de.....  
Gostaria....  
Às vezes.....  
Ao acordar.....  
Costumo.....  
Ser mãe.....  
Sinto.....  
Sou dedicado (a).....  
Frequentemente.....  
Ser feliz.....  
Ja consigo....  
A ansiedade.....  
Minha vida.....  
Amar....  
Ter paz.....  
Meu maior medo.....  
Sinto raiva.....  
Nos ultimos 4 anos....  
Ser pai.....  
Meu principal problema.....  
Minha maior alegria.....  
Fracasei em.....  
Eu me irrita.....  
Minha principal ambição.....